BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

0 1 2 3 4 5 (cm)

Paris. — Société d'Imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. CHAUVEL
Secrétaire général,

ET

MM. DELENS ET TERRILLON
Secrétaires annuels.



TOME XII. — 1886

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1886



STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859.

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Societé.

ARTICLE PREMIER.

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de chirurgie de Paris.*

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie ; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Danyau, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Marjolin (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Art. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

Art. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35 ; celui des associés étrangers, à 20 ; celui des correspondants nationaux à, 100, et celui des correspondants étrangers, à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

Art. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative ; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires seuls peuvent faire partie du bureau.

Art. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie ;* 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit ; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

Art. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande, et obtiendront le consentement de la Société ; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages ; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

Art. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

Art. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

Art. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels.
Un bibliothécaire archiviste.
Un trésorier.

Art. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

Art. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

Art. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

Art. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

Art. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs, sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

Art. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société ;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux; ce droit est fixé à 20 francs;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires; le montant en est fixé chaque année par la Société;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement;

6° Du produit des publications;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'État.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du 15 août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année;

3° De l'éloge des membres décédés;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

ART. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ART. 24.

Un règlement particulier soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

ART. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs, en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ARTICLE PREMIER.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le compte

rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

ART. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives; les livres, gravures, instruments et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

ART. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépenses; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte, et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

ART. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société, rue de l'Abbaye, n° 3.

ART. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

Art. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

Art. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

Art. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

Art. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Lecture des rapports ;

4° Lecture des travaux originaux ;

5° Présentation de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre des travaux.

Art. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

Art. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

Art. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

Art. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport, soit verbal, soit écrit, selon son importance et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Les ouvrages imprimés, qui auront trait à la chirurgie et qui auront été offerts à la Société, pourront être l'objet d'un rapport verbal ou écrit.

Art. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

Art. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner, et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

Art. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur ; tout rapport écrit, dans le délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

Art. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président ; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

ART. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

ART. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

ART. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

ART. 24.

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

ART. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

ART. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

ART. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

ART. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix ; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières.

ART. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées ; ils peuvent aussi consulter le rapport même aux archives ; mais, dans aucun cas, il ne leur sera permis d'en prendre copie.

ART. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ART. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour, si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication ; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

ART. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique, sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III.

Comité secret.

ART. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

ART. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

ART. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

ART. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre ; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 67 et 68 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

ART. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

ART. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

ART. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année. Néanmoins, tout membre correspondant national qui en

fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'État.

ART. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard, et porte en compte les frais de ces recouvrements.

ART. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire, et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité ; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

ART. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

ART. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau, et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication, et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport ; après quoi, s'il y a lieu, le président donne au

trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

ART. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

ART. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

ART. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

ART. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans toutes les délibérations.

ART. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

Art. 52.

Le Comité de publication se compose de trois membres, qui sont élus par scrutin de liste, et à la majorité absolue, au commencement de chaque année; ils sont rééligibles.

L'élection peut porter sur les membres du bureau.

Art. 53.

Tous les quatre mois, le Comité de publication présente : 1° la liste des manuscrits qui devront faire partie des publications; 2° l'ordre dans lequel ces travaux seront publiés, et l'indication de ceux qui devront entrer dans le fascicule le plus prochain. Le rapporteur a de droit la parole pour la lecture de cette liste, qui est mentionnée sans discussion au procès-verbal.

Art. 54.

Tout ouvrage d'un membre de la Société qui ne serait pas compris dans la liste générale des travaux à publier sera remis à l'auteur sur sa demande.

Art. 55.

Les auteurs des travaux insérés dans les *Mémoires* reçoivent gratuitement vingt-cinq exemplaires d'un tirage à part sans remaniement. Ils pourront faire faire à leurs frais un tirage à cent exemplaires si le libraire de la Société y consent par écrit, et si le bureau confirme cette autorisation. Ils ne pourront faire réimprimer ces travaux que dix-huit mois après la mise en vente du fascicule correspondant des *Mémoires*.

Art. 56.

Les auteurs des travaux publiés dans les *Bulletins* pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

Art. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire archiviste et des

membres du Comité de publication, ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Élections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante ; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers ; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants ; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

ART. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

ART. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

ART. 65

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Séances annuelles.

ART. 66.

La séance annuelle a lieu le second mercredi de janvier. Le Comité de publication, réuni au bureau de l'année révolue, est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE IX.

Revision du règlement.

ART. 67.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une commission de cinq membres titulaires nommée au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

Art. 68.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signé de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires et honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1886

Président........................	MM. HORTELOUP.
Vice-Président..................	LANNELONGUE.
Secrétaire général..	CHAUVEL.
Secrétaires annuels.............	DELENS et TERRILLON.
Trésorier.......................	BERGER.
Archiviste	TERRIER.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

3 novembre 1875.	— Blot, titulaire de	1861
1er avril 1874	— Boinet	1850
23 janvier 1861	— Deguise	1844
29 mars 1882	— Dubreuil	1872
19 octobre 1881	— Forget (A.)	1849
5 juillet 1882	— Giraud-Teulon	1869
1er avril 1863	— Gosselin	1855
15 mars 1876	— Guérin (Alphonse)	1853
22 novembre 1882.	— Guyon (Félix)	1863
20 décembre 1867.	— Larrey (baron)	1849
9 mai 1877	— Le Fort (Léon)	1865
6 mars 1872	— Legouest	1859
28 mars 1860	— Maisonneuve. — M. fondateur	1843
9 mars 1881	— Marjolin. — M. fondateur	1843
25 janvier 1860	— Monod. — M. fondateur	1843
19 mai 1880	— Perrin (Maurice) titulaire de	1865
26 mai 1880	— Panas	1865
9 juillet 1879	— Paulet	1868
4 décembre 1867.	— Richet	1852
27 mars 1850	— Ricord	1844
19 décembre 1883.	— Tarnier	1865
15 juillet 1885	— Verneuil	1852

MEMBRES TITULAIRES

MM.

16 février 1876.... — ANGER (Théophile).
12 juin 1878...... — BERGER.
12 mars 1884 ..... — BOUILLY.
4 janvier 1882 ... — CHAUVEL.
15 avril 1868...... — CRUVEILHIER.
3 janvier 1877 ... — DELENS.
19 janvier 1853... — DESORMEAUX.
25 octobre 1865... — DESPRÉS.
24 juin 1868...... — DUPLAY.
24 octobre 1877... — FARABEUF.
31 mai 1876 ...... — GILLETTE.
12 février 1868.... — GUÉNIOT.
8 juin 1870...... — HORTELOUP.
13 mai 1885 ...... — HUMBERT.
30 décembre 1885. — KIRMISSON.
21 juin 1865...... — LABBÉ (Léon).
12 juin 1872...... — LANNELONGUE.
9 juillet 1873 .... — LE DENTU.
30 juin 1875 ...... — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
11 décembre 1872. — MAGITOT.
3 mai 1882....... — MARCHAND.
7 juillet 1880 .... — MONOD (Ch.).
18 février 1880.... — NEPVEU.
1 avril 1874...... — NICAISE.
14 avril 1875 ..... — PERIER.
2 avril 1873 ..... — POLAILLON.
27 avril 1881 ..... — POZZI.
18 avril 1883...... — RECLUS.
6 décembre 1882. — RICHELOT.
27 février 1867.... — DE SAINT-GERMAIN.
13 mai 1868 ...... — SÉE (Marc).
15 juillet 1874 .... — TERRIER.
22 octobre 1879... — TERRILLON.
31 janvier 1866... — TILLAUX.
5 juin 1861...... — TRÉLAT.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Ancelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.
Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Azéma, à l'île de la Réunion.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Beau, à Toulon (marine.)
Benoit, professeur à la Faculté de Montpellier.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Cazin, à Boulogne.
Cauvy, à Béziers.
Champenois, médecin inspecteur de l'armée.
Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
Chipault, à Orléans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de médecine de Marseille.

MM. Courty, professeur à la Faculté de Montpellier.
Cras, professeur à l'École navale de Brest.
Dauvé, médecin inspecteur de l'armée.
Davat, à Aix-les-Bains.
Decès (J.-B.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.
Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes.
Delore, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Demons, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.
Denucé, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Desgranges, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École de médecine d'Angers.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Dieu, médecin principal de l'armée.
Duboué, à Pau.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duménil, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Ehrmann, à Mulhouse.
Fleury, professeur à l'École de médecine de Clermont.
Folet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Gaujot, médecin inspecteur de l'armée.
Gayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Guermonprez, à Lille.
Herrgott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Hue (Judes), à Rouen.
Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Larger, à Maisons-Laffitte.
Malherbes fils, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
Maunoury, chirurgien honoraire de l'hôpital de Chartres.
Maunoury (Gabriel), chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Mollière (Daniel), chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, chirurgien au Mans.
Mourlon, médecin principal de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ollier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Oré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.

MM. Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence.
Pilate, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
Poinsot, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Poncet, médecin major de l'armée.
Poulet, médecin major de l'armée.
Pravaz, à Lyon.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Raimbert, à Châteaudun.
Rochard, médecin inspecteur général de la marine à Paris.
Ribell, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
Robert, médecin principal de l'armée.
Roux, de Marilles.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Sarazin, médecin principal de l'armée.
Silbert, à Aix.
Stolz, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tholozan, médecin principal de l'armée (Perse).
Thomas (Louis), à Tours.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Védrennes, médecin inspecteur de l'armée.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Vibert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René Duval, fondateur d'un prix annuel de 100 francs.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — baron Larrey, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.

MM.

1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.
1885. — S. Duplay.
1886. — Horteloup.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

6 janvier 1864..... — ADAMS-ROBERT, Dublin
11 janvier 1882..... — ARLT, Vienne.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
16 janvier 1884 .... — CORRADI, Milan.
7 janvier 1880.... — DEROUBAIX, Liège.
5 janvier 1870 .... — DONDERS, Utrecht.
5 janvier 1870 .... — HELMHOLTZ.
30 juillet 1856 ..... — LANGENBECK, Berlin.
7 janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — MICHAUX, Louvain.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
21 janvier 1885..... — PELLIZARRI, Florence.
20 janvier 1886 .... — REVERDIN (J.), Genève.
16 janvier 1884..... — SOUPART, Gand.
6 juillet 1859 ..... — SCANZONI, Wurzbourg.
21 janvier 1885..... — SKLIFOSSOWSKY, Moscou.
3 janvier 1866..... — VANZETTI, Padoue.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.
20 janvier 1886 .... — TILANUS, Amsterdan.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

10 janvier 1877..... — Albert, Vienne.
10 janvier 1877..... — Amabile, Naples.
11 janvier 1882..... — Annandale, Édimbourg.
8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
26 novembre 1845 . — Bassow, Moscou.
31 décembre 1862.. — Back, Fribourg-en-Brisgau.
8 janvier 1879..... — Bigelow, Boston.
31 octobre 1851.... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Billroth (Th.), Vienne.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
10 janvier 1877..... — Bryant, Londres.
3 janvier 1865..... — Brown-Sequard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
13 janvier 1864 .... — Bruns (Victor), Tübingen.
20 mars 1867....... — Buren (Van), New-York.
22 décembre 1852.. — Burgrœve, Gand.
31 décembre 1861... — Coote (Holmes), Londres.
31 décembre 1862.. — Cornaz, Neufchâtel.
6 juillet 1859...... — Crede, Leipzig.
3 juin 1857 .... — Crocq, Bruxelles.
3 janvier 1865.... — Emmert (F.-G.), Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
6 juillet 1859 ..... — Fabri, Ravenne.
6 juillet 1859..... — Friedberg (H.), Berlin.
9 janvier 1879..... — Galli, Lucques.
13 janvier 1864. .. — Gamgee (Samson), Birmingham.
13 janvier 1869.... — Gautier, Genève.
13 janvier 1864.... — Gherini, Milan.
9 janvier 1879 .... — Gritti, Milan.
29 août 1855....... — Hammer, Saint-Louis (Missouri).

26 décembre 1855.. — HANNOVER, Copenhague.
15 septembre 1852. — HEWETT (Prescott), Londres.
30 octobre 1854.... — HEYFELDER (fils), Saint-Pétersbourg.
3 janvier 1865..... — HOLMES, Londres.
2 janvier 1865.... — HUMPHRY (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
16 janvier 1884..... — JULLIARD, Genève.
13 janvier 1869.... — KRASSOWSKI, Saint-Pétersbourg.
21 janvier 1885.... — LEWIS STIMSON, New-York.
6 juillet 1859...... — LARGHI, Bologne.
16 janvier 1884..... — LUCAS (Clément), Londres.
6 juillet 1859...... — MAC-LEOD, Glascow.
22 octobre 1856.... — MAYOR, Genève.
13 janvier 1861.... — MELCHIORI (Giovanni), Milan.
3 janvier 1883..... — MOSETIG-MOORHOF, Vienne.
3 janvier 1865.... — NEUDÖRFER, Prague.
8 janvier 1868.... — PEMBERTON, Birmingham.
8 janvier 1862.... — PIACHAUD, Genève.
21 janvier 1885.... — PLUM, Copenhague.
6 juillet 1859...... — RIED, Iéna.
7 janvier 1880.... — ROSE, Zurich.
11 août 1875....... — ROUGE, Lausanne.
7 janvier 1880.... — SABOIA, Rio-Janeiro.
2 janvier 1856.... — SAND-COX, Birmingham.
3 janvier 1883..... — SANDS, New-York.
31 décembre 1862.. — SANGALLI, Pavie.
21 janvier 1885.... — SALTZMANN, Helsingfors.
10 janvier 1877..... — SAXTORPH, Copenhague.
20 mars 1867....... — SIMON (John), Londres.
20 janvier 1886.... — SOCIN, Bâle.
3 janvier 1865.... — STEPHEN-SMITH, New-York.
21 janvier 1885.... — STUDSGART, Copenhague.
31 décembre 1862.. — SPERINO (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — TESTA, Naples.
6 juillet 1869...... — THOMPSON (Henry), Londres.
20 janvier 1886.... — TIRIAR, Bruxelles.
11 janvier 1882..... — ZANCAROL, Alexandrie (Égypte).

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Bulletin général de thérapeutique. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Gazette d'ophthalmologie. — Journal de médecine de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Moniteur thérapeutique. — Le Praticien. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue des sciences médicales. — Thérapeutique contemporaine. — Tribune médicale. — Union médicale.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Montpellier médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annales de l'Association Larrey (Mexico). — Annals of Surgery (Brooklyn). — Boston medical and surgical Journal. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — British medical Journal (Londres). — Cronica-medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia

medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — Comptes rendus de la Société de chirurgie de Moscou. — Gazetta medica itàliana lombardia (Milan). — Giornale internazionale delle scienze mediche (Naples). — L'Indipendente (Turin). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres).—Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revista internationale de Medicina e Chirurgia. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay ; *les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1885 jusqu'au 1er novembre de l'année 1886 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1886. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la

séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que, d'ailleurs, les compétiteurs devraient se soumettre aux règles déjà adoptées pour le prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que les *membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

NOUVELLE SÉRIE.

Séance du 6 janvier 1886.

Présidence de M. S. Duplay, puis de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. le Dr Kirmisson remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire ;

3° *Contribution à l'étude des chondromes dans la mâchoire supérieure et contribution à l'histoire des kystes des mâchoires*, par M. le Dr Jeannel (de Toulouse) (M. Berger, rapporteur).

M. le président invite M. Kirmisson, nouvellement nommé membre titulaire, à prendre place parmi ses collègues et à signer le registre des présences.

Rapport.

Sur quatre observations de laparotomie adressées par le Dr Jeannel (de Toulouse).

Par M. Paul Berger.

M. le Dr Jeannel vous a communiqué l'observation, suivie de réflexions, de quatre cas où il fut amené à pratiquer la laparotomie pour des tumeurs abdominales. De ces faits, les deux premiers sont des exemples de l'ablation, suivie de succès, de tumeurs très volumineuses de l'utérus ou des ovaires. Les deux derniers peuvent être rangés parmi ceux où le diagnostic et le traitement sont entourés de difficultés insurmontables; aussi ne faut-il pas s'étonner si la nature réelle de l'affection ne peut être reconnue qu'au cours de l'opération. Quoi qu'il en soit, ces quatre observations présentent un réel intérêt, et dans l'imposibilité où nous sommes de les insérer tout au long dans nos *Bulletins*, j'essayerai d'en donner un résumé aussi exact que possible, en insistant sur les particularités auxquelles elles doivent d'attirer particulièrement votre attention.

La première de ces observations est intitulée :

Kyste de l'ovaire du côté droit. — Ovariotomie. — Accidents graves.— Guérison.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, qui, sans antécédents pathologiques, avait depuis un an été atteinte d'un gonflement du ventre qui s'était rapidement accru. A l'examen du Dr Jeannel, elle se présenta avec une énorme tuméfaction de l'abdomen, qui était distendu par une tumeur régulièrement fluctuante et offrant tous les caractères des tumeurs kystiques de l'ovaire. L'opération fut pratiquée le 20 décembre 1884, avec les précautions antiseptiques. Il existait quelques adhérences à la paroi abdominale antérieure; la ponction pratiquée dans le kyste mis à nu ne donna issue qu'à 4 litres de liquide, et, pour faire sortir la tumeur, il fallut notablement agrandir l'incision abdominale et ponctionner, en outre, une poche isolée qui existait à la partie supérieure, au-dessus du foie. La tumeur ayant été extraite, son pédicule, qui était large de quatre travers de doigt environ, fut saisi avec un ligateur, sectionné, puis étreint dans deux ligatures en fil de soie au sublimé, auxquelles l'auteur ajouta une troisième ligature serrant en masse tout le pédicule. Neuf points de suture profonde, douze superficiels furent faits après la réduction du pédicule. Pansement antiseptique.

Du côté de la plaie, aucun incident ne vint troubler la guérison; mais, dès le lendemain de l'opération, se déclarèrent des accidents alarmants, consistant en des vomissements, glaireux d'abord, puis verdâtres, puis intestinaux, puis vraiment fécaloïdes, accompagnés de

nausées et de hoquets; en une absence complète d'émissions gazeuses par l'anus, avec ballonnement du ventre, anxiété extrême, oppression : le tout sans qu'il y eût d'élévation de la température. Ce ne fut que le 25 au soir que quelques gaz furent rendus par l'anus; le 26 seulement, apparurent des selles diarrhéiques; à partir de ce moment les vomissements diminuèrent de fréquence, puis cessèrent; l'état général redevint bon, et la malade pouvait être considérée comme hors de danger le 28 décembre, huit jours après l'opération. Le 20 janvier, elle retournait chez elle, guérie.

M. Jeannel, vu l'absence de fièvre et de phénomènes inflammatoires, considère ces accidents comme le résultat d'une sorte de péritonisme simulant l'étranglement. J'avoue que l'interprétation me semble vague, et, quoiqu'il faille se garder d'hypothèses, je serais bien plus disposé à admettre que tous ces symptômes: vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre, absence d'émission gazeuse par l'anus, étaient en réalité dus à l'obstacle passager apporté au cours des matières intestinales par une péritonite circonscrite. Cet obstacle résulte des adhésions que contractent les anses intestinales au voisinage du point où s'est rétracté le pédicule, adhésions qui peuvent, comme cela a été observé fréquemment, s'organiser en adhérences solides qui peuvent aussi se résorber et permettre, au bout de quelques jours, aux contractions péristaltiques de l'intestin de se rétablir, et aux matières intestinales de reprendre leurs cours. Mais je n'insiste pas davantage sur cette discussion, dont la solution fait naturellement défaut par le fait de la guérison de l'opérée.

Relativement au manuel opératoire, je ferai seulement observer que nous avons dans les pinces courbes de force et de dimensions diverses un moyen plus expéditif et plus sûr que les ligatures pour fixer provisoirement le pédicule avant d'en faire la section et la ligature. J'ajouterai de même que, lorsque l'on a soin d'entrecroiser les fils qui servent à faire les deux ou trois ligatures nécessitées par l'existence d'un pédicule un peu large, il me semble inutile de faire une ligature en masse, qui n'ajoute que peu de chose à l'efficacité des précédentes. Ces remarques faites, l'on ne peut que féliciter l'auteur de l'habileté opératoire avec laquelle il a mené à bien une opération que la masse de la tumeur et l'impossibilité d'en diminuer le volume d'une manière notable par la ponction rendait compliquée.

La deuxième observation a trait à un :

Myome utérin inclus dans le ligament large. — Hystérectomie. — Guérison.

La malade, âgée de 47 ans, avait eu 5 enfants; ses dernières

couches dataient de quatre ans, et c'était quelques mois après qu'elle s'était aperçue de l'accroissement de volume du ventre et de quelques troubles menstruels. L'augmentation de la tumeur n'était devenue manifeste que depuis deux ans, mais elle était rapide, et quand M. Jeannel vit la malade, la gêne de la respiration et des principales fonctions était très accusée. Il n'y avait eu qu'une fois une perte légère, fait qui est parfaitement d'accord avec les connexions de la tumeur telles qu'elles furent démontrées par l'opération. L'examen physique montra qu'il s'agissait d'un myome, non fluctuant, bosselé et présentant une surface dure et bilobée; le col utérin était entr'ouvert; le cathétérisme de la cavité de l'utérus donnait 9 centimètres, et la matrice suivait tous les mouvements imprimés à la tumeur.

L'opération fut faite le 26 mars 1885. Après l'incision de la ligne blanche, on reconnut que la tumeur n'était pas adhérente, sauf, vers sa partie supérieure, à une anse d'intestin. L'incision fut étendue de 4 centimètres au-dessous du pubis jusqu'à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic. M. Jeannel put alors constater que la tumeur, implantée sur la corne droite et le fond de la matrice, avait dédoublé le ligament large, entre les feuillets duquel elle s'était développée. Faisant saillir la moitié gauche de la tumeur hors de l'incision abdominale, le chirurgien commença par libérer les adhérences à l'intestin qui était l'extrémité inférieure de l'iléon et le cæcum. Puis, le revêtement péritonéal du corps fibreux ayant été déchiré sur le côté latéral gauche de manière à former avec ce revêtement deux lambeaux, l'un interne, très petit, l'autre, externe, plus vaste, l'auteur divisa les couches du ligament large appliquées sur la tumeur jusqu'à ce qu'il fût au contact de sa surface, décolla peu à peu cette dernière de ses enveloppes en agissant avec la main et en sectionnant entre deux ligatures les vaisseaux qu'il rencontrait, et quand le corps fibreux ne resta plus adhérent que par son point d'implantation à l'utérus, celui-ci fut traversé par deux broches, étreint par un ligateur et sectionné. Les lambeaux des ligaments larges furent alors divisés en un certain nombre de pédicules qui furent assujettis le plus bas possible par des ligatures et réduits; le pédicule utérin fut fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale, et, après la suture, touché au perchlorure de fer, recouvert d'iodoforme, puis d'un pansement de Lister.

Il se détacha le 16e jour; pendant tout ce temps les suites furent les plus simples; pourtant, le 6e jour, la température atteignit 39 degrés. Un mois après l'opération, la malade pouvait se lever. Le 2 mai, elle sortait guérie, non sans avoir présenté quelques accidents de pérityphlite dus probablement aux manœuvres dont le cæcum avait été l'objet pendant l'opération. La tumeur pesait 7kg,300; c'était un myome interstitiel et sous-péritonéal qui ne s'avançait pas du côté de la cavité utérine; celle-ci n'avait pas été ouverte dans l'opération.

Cette observation méritait d'être rapportée à cause, d'abord, du volume énorme de la tumeur, supérieur à celui du fibrome que M. Tillaux a récemment enlevé et présenté à l'Académie de

médecine (7^{kg}, 070). Le dédoublement du ligament large par le développement de la tumeur mérite aussi une mention, et le procédé qu'a suivi M. Jeannel pour énucléer cette dernière est absolument conforme aux règles que l'on doit suivre en pareil cas. Le succès qu'il a obtenu est d'autant plus utile à noter que la marche progressive et rapide de l'affection n'aurait probablement pas permis à la malade d'atteindre l'âge de la ménopause, si on l'eût abandonnée à elle-même.

La troisième observation est de beaucoup la plus intéressante; elle a pour titre :

Énorme carcinome de l'intestin grêle pris pour une tumeur ovarienne. — Extirpation par la laparotomie. — Établissement d'un anus contre nature. — Mort de péritonite le 13e jour.

Une paysanne robuste, de 33 ans, n'ayant aucun antécédent pathologique, a vu se développer depuis deux ans une tumeur qui a pris origine dans la fosse iliaque gauche. Grosse au début comme une pomme, cette tumeur s'est accrue au point de remplir le ventre. Elle était mollasse et donnait les apparences de la fluctuation; légèrement mobile, elle semblait indépendante de l'utérus. Vers sa partie supérieure, dans les mouvements qu'on lui imprimait, on percevait un bruit de cuir neuf.

Le diagnostic de kyste aréolaire de l'ovaire fut porté et l'ovariotomie pratiquée le 20 mars 1885.

Après incision de la ligne blanche, une double ponction fut pratiquée sur les points les plus saillants de la tumeur; ces ponctions ne donnèrent issue chacune qu'à 400 grammes environ d'un liquide rouge, sanguin. L'introduction de la main n'ayant fait reconnaître, indépendamment d'une large adhérence à l'épiploon, que des adhérences lâches et celluleuses à la paroi, l'incision abdominale fut agrandie et la tumeur accoucha, en quelque sorte, d'elle-même, après que l'on eut dégagé l'un de ses bords. L'épiploon qui s'étendait en éventail sur sa partie supérieure fut saisi avec les pinces à pédicule de M. Lucas-Championnière et sectionné; il renfermait des vaisseaux très volumineux. Mais, en explorant les autres connexions de la tumeur, M. Jeannel reconnut bientôt qu'elle n'était reliée à l'ovaire par aucun pédicule et qu'elle ne tenait absolument qu'à une anse intestinale qu'elle avait entraînée avec elle dans sa sortie. Elle était, du reste, largement implantée sur la convexité de cette anse, dont les deux bouts, accolés comme des canons de fusil, étaient maintenus dans cette situation par un épaississement du mésentère. Dans les efforts que fit l'auteur pour libérer la tumeur de ses connexions avec l'intestin, celui-ci se rompit et l'on pénétra dans sa cavité. L'anse intestinale intéressée fut aussitôt saisie par un aide qui en comprima les extrémités, et l'on reconnut alors que c'était bien dans l'épaisseur de sa paroi que s'était développé le néoplasme. La tumeur ayant été enlevée, l'intestin se trouvait ou-

vert à 20 centimètres de la valvule iléo-cæcale dans l'étendue de deux pièces de 5 francs; quelques vaisseaux durent être liés; la coupe de l'intestin fut lavée soigneusement à la solution phéniquée à 5 0/0, puis elle fut unie au péritoine pariétal par 16 points de suture de Lembert, tandis que quelques points de suture superficielle fixaient la muqueuse intestinale à la peau. L'établissement d'un anus contre nature ayant été préparé de la sorte, le reste de l'incision abdominale fut réuni après une toilette soignée du péritoine. Dès le surlendemain les vomissements se montraient, accompagnés d'une vive douleur épigastrique. Malgré la libre issue des matières intestinales par l'anus contre nature et l'état local satisfaisant de la plaie, qui était pansée antiseptiquement, les phénomènes s'aggravaient les jours suivants et la malade succombait le 31 mars.

A l'autopsie, on trouva une péritonite suppurative généralisée, quoiqu'il n'y eût jamais eu d'élévation notable de la température. Il existait d'ailleurs de nombreux noyaux cancéreux sur l'intestin et sur le mésentère.

La tumeur elle-même présentait à son centre une vaste géode remplie de sang noir; de nombreux kystes parsemaient sa coupe. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome encéphaloïde.

L'erreur de diagnostic commise par M. Jeannel, dans le cas présent, ne lui est pas imputable. Elle est due à l'insuffisance des moyens dont nous disposons pour reconnaître le point de départ et la nature de bien des tumeurs incluses dans le ventre. Notons chez cette femme, d'ailleurs, l'absence de tout symptôme intestinal, de tout phénomène de sténose, de tout caractère pouvant révéler l'origine de la tumeur; cette intégrité des fonctions digestives s'explique, ainsi que l'a remarqué l'auteur, par ce fait que le développement de la tumeur avait plutôt dilaté l'anse intestinale avec laquelle elle faisait corps. Dans ces conditions, M. Jeannel ne pouvait guère songer qu'à l'existence d'une tumeur de l'ovaire, et la laparotomie s'imposait. C'est du reste le complément obligé du diagnostic dans tous les cas de tumeurs abdominales, mobiles, circonscrites, à point de départ incertain et inconnu. Elle conduisait l'auteur à une constatation tout opposée à celle qu'il s'attendait à faire; mais combien ne voit-on pas de surprises semblables, lorsque l'opération est entreprise dans ces conditions ?

Notons en passant que le développement de cette tumeur ne s'accompagnait pas d'ascite, quoiqu'il y eût une généralisation péritonéale commençante.

Pour ce qui est du mode opératoire adopté par M. Jeannel, il me paraîtrait prêter matière à discussion. En présence d'une tumeur maligne, née de l'intestin et s'accompagnant d'un épaississement du mésentère, je crois qu'il vaudrait mieux réséquer très largement les deux bouts de l'intestin malade et le mésentère adjacent,

et avoir ensuite recours soit simplement à l'établissement d'un anus contre nature, soit à une entérorrhaphie totale ou partielle, ce qui me semblerait préférable. L'autopsie démontra dans le cas présent qu'une extirpation plus complète n'aurait pas eu un meilleur résultat et que la récidive était assurée; ce qui prouve une fois de plus qu'au cours même de l'opération l'examen du péritoine ne doit pas être négligé, car il peut donner de précieuses indications pour l'étendue de l'ablation à pratiquer et l'opportunité d'avoir recours à une restauration plus ou moins complète de l'intestin par la suture.

Le titre de la quatrième observation nous en dit la substance : *Carcinome du mésentère pris pour un fibro-myome utérin; ascite chyleuse; laparotomie explorative; mort en vingt-quatre heures.*

Dans ce nouvel exemple des erreurs auxquelles on est exposé dans le diagnostic et dans le traitement des tumeurs du ventre, le fait le plus important à relever est l'existence d'une ascite fort abondante qui fut ponctionnée quatre fois et qui donna à chacune d'elles un liquide laiteux, de consistance onctueuse, renfermant des sels, de la cholestérine et surtout une grande quantité de matières grasses solubles dans l'éther. Cette ascite recouvrait des tumeurs multiples plongeant dans la cavité pelvienne; la rapidité de leur développement, celle surtout avec laquelle se reproduisait le liquide ascitique après chaque ponction, et la déperdition rapide des forces devaient faire penser à une tumeur maligne.

Dans l'incertitude où il était de son origine et de sa véritable nature, M. Jeannel se décida à pratiquer la laparotomie exploratrice. Cette manière de faire est pleinement justifiée en pareil cas; sans revenir sur la discussion qui a eu lieu cette année même dans la séance du 18 mars, à la suite de la communication de M. Terrillon sur ce point, l'observation présente est bien propre à rappeler que ces incisions exploratrices ne sont pas sans danger, surtout lorsqu'on les pratique tardivement sur des malades affaiblies. M. Jeannel ayant constaté l'impossibilité d'enlever la tumeur, referma le ventre; son opérée mourut dans les vingt-quatre heures. Je reviens sur la valeur séméiologique de l'ascite chyleuse : peut-être serait-elle un caractère précieux pour reconnaître l'existence de tumeurs des ganglions mésentériques. Je regrette à ce point de vue qu'un examen chimique complet du liquide ascitique n'ait pas été fait dans le cas présent : peut-être cette analyse aurait-elle pu servir à fixer nos connaissances sur un point de diagnostic où, comme le montre l'observation présente, nous manquons encore de points de repère certains.

Le récit des opérations qu'a faites et que nous a communiquées M. Jeannel est, en résumé, une intéressante contribution à la chirurgie abdominale. A côté de cas heureux où des tumeurs très vo-

lumineuses et présentant des difficultés réelles d'extraction ont pu être enlevées avec succès, nous y trouvons judicieusement discutés des cas obscurs, dont le souvenir mérite de se trouver consigné dans nos *Bulletins*.

Je vous propose donc :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur pour son intéressante communication ;
2° De déposer son travail aux archives ;
3° De l'inscrire en rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société.

Discussion.

M. Terrillon. A propos de l'ascite chyleuse, j'en ai rapporté un cas à la Société et j'ai oublié d'en donner l'explication. Le liquide extrait du ventre était analogue à un lait jaunâtre graisseux qui, avant de fermenter, exhalait une forte odeur de fromage. C'était une tumeur dont les végétations, devenues graisseuses, s'étaient en quelque sorte délitées dans le liquide ascitique.

M. Verneuil. Il paraît démontré qu'un grand nombre de liquides d'apparence laiteuse sont d'origine parasitaire. Le fait en particulier est incontestable pour le liquide laiteux de certaines variétés d'hydrocèles. Dans ces conditions, je crois que l'on devra toujours compléter l'étude de ces liquides par l'examen microscopique.

M. Bouilly. A propos des accidents péritonéaux secondaires et de l'étranglement à la suite d'opérations de kystes ovariques, je rappellerai que j'ai pratiqué, en province, avec l'aide de M. Kirmisson, une femme atteinte de kyste des deux ovaires. Cette ovariotomie double fut suivie de succès au bout de huit jours : j'avais opéré dans des conditions de cachexie ovarique prononcée. Deux ans après, la malade succombait à un étranglement interne. J'avais, durant mon opération, fait la ligature perdue ; il n'y avait pas eu de phénomènes péritonitiques, et je pensais bien qu'il n'y aurait pas de brides. Cependant il m'est impossible de ne pas établir une relation évidente de cause à effet entre des adhérences probables et l'étranglement consécutif.

M. Terrier. L'observation citée par M. Bouilly est classique, car on a reproché même à la ligature perdue du pédicule d'exposer à l'étranglement : mais il n'y a rien de comparable entre les faits de MM. Berger et Bouilly et celui de M. Jeannel ; dans ce dernier cas, bien que l'auteur ait fait jouer un rôle à la rétention des gaz, il y a eu péritonite et non obstruction.

M. Duplay. Il faut bien distinguer deux variétés :

D'abord les faits analogues à celui de M. Jeannel, où des accidents paraissant dus à l'étranglement surviennent immédiatement après l'ovariotomie ;

D'autres faits d'étranglement qui apparaissent plus ou moins de temps après l'opération.

Dans les premiers cas, on a affaire le plus souvent à de la péritonite ou à du péritonisme.

Dans les seconds, ce sont de véritables étranglements par bride qui existent.

Je me souviens d'avoir fait à Neuilly une ovariotomie qui se termina rapidement par la mort avec symptômes d'étranglement : on fit l'autopsie et on ne constata que péritonite ou péritonisme. D'autre part, chez une malade opérée à Maisons-Laffitte, par M. Ad. Richard, d'une manière un peu fantaisiste (on commençait à peine à faire de ces opérations, à cette époque, en France), un étranglement interne apparut longtemps après la guérison. Je confirme donc ce qu'a dit M. Terrier au sujet de ces faux ou vrais étranglements.

M. Berger. Il est assez difficile de discuter sur la nature des accidents présentés par la malade de M. Jeannel. Doit-on croire au péritonisme ? C'est une expression bien vague à laquelle il est difficile d'attacher un sens précis ; pendant sept ou huit jours la malade eut des vomissements fécaloïdes, et on peut à la rigueur expliquer l'immobilisation de l'intestin par des adhérences inflammatoires récentes, qui ont amené des accidents d'étranglement véritable, mais qui sont susceptibles de se résorber au bout de quelques jours quand la péritonite cesse.

M. Terrier. Les vomissements fécaloïdes ne sont pas très rares dans la péritonite. J'ai en ce moment, dans une salle, un malade qui présente ce phénomène à la suite de péritonite traumatique.

M. Duplay. Je rappelerai un mémoire publié dans les *Archives*, contenant quinze observations de pseudo-étranglement, à la suite de péritonite par perforation, et dans lesquelles on nota les vomissements fécaloïdes. Ces faits sont mêmes assez communs.

Les conclusions proposées par M. le rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

M. Pozzi donne lecture d'un rapport sur les thèses adressées à la Société pour le concours du prix Duval.

Les conclusions de ce rapport seront lues et discutées en comité secret.

Lecture.

M. Terrier donne lecture d'une nouvelle *hystérectomie* vaginale suivie de guérison.

Épithélioma du col de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Guérison, par M. Terrier. (Observation rédigée sur les notes fournies par M. Lepage, interne du service.)

La question de l'ablation de l'utérus par le vagin, pour parer aux accidents si graves du cancer de l'utérus, étant fort diversement jugée par les membres de la Société, je crois utile de relater cette nouvelle observation d'hystérectomie, la troisième que j'aie faite jusqu'ici.

M... (Céline), mécanicienne, âgée de 35 ans, demeurant rue Duranton, entre le 23 octobre 1885 dans notre service de chirurgie de l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 9.

Cette femme, née à Paris, a perdu son père à l'âge de 72 ans, d'une attaque d'apoplexie; sa mère serait morte à 42 ans d'une affection pulmonaire ; deux sœurs ont succombé à la phthisie, l'une à 19 ans, l'autre à 20 ans. Il ne lui reste qu'un frère, sur lequel elle ne peut fournir de renseignements.

Jamais malade dans son enfance, qui s'est passée à la campagne, Mme M... a été réglée à 15 ans, et depuis cette date ses époques sont régulières et durent 2 à 3 jours; elle perdait en blanc dans l'intervalle de ses règles.

A 18 ans, pneumonie à droite, qui tient la malade six semaines au lit; à 30 ans, nouvelle pneumonie du même côté, qui dure deux mois. Pas de crachements de sang, pas de bronchites fréquentes. Il y a cinq ans, la malade fut atteinte d'une laryngite qui persiste encore aujourd'hui; pendant 3 ans, aphonie presque complète. Mme M... fut soignée par M. le Dr Cusco, à l'Hôtel-Dieu, mais sans grand succès, car la voix n'est que très peu revenue et persiste rauque et pénible.

Il n'y a jamais eu de grossesses ni de fausses couches, et actuellement encore la malade est parfaitement réglée.

Depuis la fin de juillet 1885, Mme M... s'aperçut qu'elle perdait des eaux rousses, et même un peu de sang dans l'intervalle des règles; du reste, cet écoulement était peu abondant et n'avait pas d'odeur. Pas de souffrances, ni du côté des reins, ni du côté du bas-ventre.

Le 19 septembre, la malade consulta mon collègue de l'hôpital, le Dr Gouguenheim, qui pratiqua une cautérisation au thermo-cautère, et prescrivit des injections vaginales avec la solution de sublimé au millième. N'obtenant pas de résultat et ayant diagnostiqué la néoformation, mon collègue, M. Gouguenheim, m'adressa la malade pour l'opérer.

La malade est en très bon état et n'a pas maigri; son appétit est excellent, les digestions faciles ; pas de constipation.

L'examen du thorax fait reconnaître un peu de matité en arrière et à droite, côté des deux pneumonies antérieures; la respiration est rude au sommet.

Au cœur, un peu de prolongement du premier temps à la pointe. Les urines sont en quantité normale et ne contiennent ni sucre ni albumine.

Il n'existe aucune trace de syphilis ancienne ou récente, la malade a une chevelure noire abondante. Cependant la voix est éteinte, éraillée et désagréable, ce qui paraît tenir à une laryngite chronique dont la cause ne m'a pas paru facile à déterminer. Du reste, on n'a pas fait d'examen laryngoscopique, au moins dans le service.

Le toucher vaginal est un peu douloureux, surtout à droite; le col est volumineux, les deux lèvres font une saillie considérable dans le vagin; toutefois, le doigt circonscrit très bien cette tumeur en avant et sur les côtés, plus difficilement en arrière, l'utérus étant en antéversion. Les culs-de-sac sont libres, et combinant le toucher à la palpation des fosses iliaques, on ne sent pas d'engorgement ganglionnaire sur les côtés de l'utérus ni dans la fosse iliaque. Cet examen fait perdre du sang à la malade; en effet, l'application du spéculum permet d'apercevoir un col végétant, volumineux et saignant au moindre contact. En fait, le néoplasme, sur la nature duquel on ne peut avoir de doutes, est limité au col utérin, d'où l'indication de tenter l'extirpation de tout l'organe par le vagin.

La malade fut préparée à cette opération par de grands bains, le repos au lit et des injections de solution de sublimé au demi-millième. Deux injections étaient faites par jour; en outre, un linge imbibé de solution phéniquée faible fut placé sur la vulve.

L'opération fut faite le 16 novembre 1884, avec l'aide de mes internes, MM. Lepage et Poupinel, et l'assistance de mon collègue et ami M. Gustave Richelot.

La malade, endormie, fut placée en travers de son lit — par conséquent l'opération eut lieu dans la salle des malades — les deux jambes enveloppées d'ouate et maintenues écartées et fléchies par deux aides. Avant toute intervention, je fais un lavage complet du vagin avec la solution de bichlorure au millième, et je rase les poils situés dans toute la hauteur des grandes lèvres.

Puis je dilatai la vulve, ce qui ne fut pas facile, les tissus étant fort

résistants et la malade n'ayant jamais eu d'enfants. Cette étroitesse de la vulve accrut beaucoup les difficultés de l'opération.

Deux pinces de Museux furent placées sur le col et l'attirèrent un peu en bas; mais cet abaissement fut très insuffisant. Incision courbe des insertions vaginales à la partie supérieure du col. Cette incision, quoique profonde, fut assez facile, et je la conduisis toujours en remontant du côté de l'utérus. Une sonde métallique, placée dans la vessie, servit un instant de guide à l'opérateur. Le cul-de-sac péritonéal fut long à atteindre, et je n'y arrivai qu'après avoir sectionné le tissu cellulaire sous-péritonéal avec des ciseaux mousses. Les mêmes ciseaux me servirent pour ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin, situé très profondément par suite du non-abaissement de l'utérus. Le cul-de-sac ouvert, la section du péritoine fut agrandie latéralement à l'aide des doigts et par déchirure d'un certain nombre de brides celluleuses intra-péritonéales. Il se fait une petite hernie de l'épiploon qui est réduite et maintenue telle par une éponge placée sur une pince à pression. Deux pinces à pression sont placées sur des artérioles vaginales qui donnaient pas mal de sang. Ajoutons que pour faciliter la dissection du cul-de-sac antérieur, j'avais placé une anse de fil dans la paroi vésico-vaginale, de façon à la faire attirer en haut et en avant par un aide.

Le col utérin, toujours bien saisi par les pinces, est alors attiré en avant et en haut, pour rendre possible l'incision des attaches postérieures du vagin au col de l'utérus. Cette incision postérieure fut très difficile à faire, vu le volume de la lèvre postérieure du col; aussi celle-ci dut-elle être saisie avec une érigne double et attirée vigoureusement en avant et en haut.

Commencée avec le bistouri, l'incision postérieure fut continuée avec les ciseaux mousses, enfin les tissus furent déchirés avec les doigts. Le cul-de-sac péritonéal postérieur, recto-utérin, fut ouvert avec des ciseaux mousses, mais sans le voir et par tâtonnement. Le toucher rectal nous guida quelques instants dans la direction à donner aux incisions profondes. Cette ouverture du cul-de-sac postérieur complétée avec les doigts donna peu de sang, comparativement à ce qui s'était passé pour le cul-de-sac antérieur.

L'utérus, petit et mobile, n'est donc plus adhérent que par ses deux ligaments, qu'il faut maintenant lier et sectionner.

Je commence par le ligament latéral gauche: trois fils y sont passés à l'aide d'une aiguille courbe et mousse, munie d'un chas près de son extrémité; les trois anses placées, elles sont entre-croisées en chaîne de façon à les rendre toutes dépendantes les unes des autres. Ceci fait, on les lie successivement, d'abord l'anse supérieure, puis l'anse moyenne, enfin l'anse inférieure.

Le ligament latéral gauche est alors sectionné en rasant l'utérus, car il existe une assez faible distance entre les points où l'on a pu passer les anses de fil et le bord utérin. Cette section faite, il s'écoule du sang qui paraît provenir de la partie la plus élevée du ligament large sectionné. On place à demeure une grosse éponge montée sur une pince

à pression, de manière à arrêter le sang au moins temporairement et à pouvoir continuer l'opération.

Je passe alors au ligament large droit, et j'y place trois fils en anses, qui sont entre-croisées et serrées de haut en bas, comme du côté gauche. Malheureusement le premier fil, situé à la partie supérieure du ligament, se casse et doit être remplacé, d'où une certaine perte de temps. Les trois fils serrés, on sectionne le ligament au ras de l'utérus et on enlève cet organe.

De ce côté, l'hémostase est parfaite. Il n'en est pas de même à gauche. En tirant sur les ligatures inférieures et en écartant les parois vaginales avec des rétracteurs, on voit nettement que le fil de la première ligature supérieure du ligament gauche a cédé et que le sang s'écoule par trois ou quatre artérioles. Avec peine, on y place trois pinces hémostatiques et on essaye de les lier; mais les vaisseaux sont trop profonds, et cette ligature, tentée plusieurs fois, échoue toujours.

En fin de compte, deux pinces à pression sont placées sur ces vaisseaux, et comme l'hémostase est alors parfaite, on les laisse en place.

Un point de suture est placé dans le vagin et le ferme en partie. Un drain volumineux est fixé dans le cul-de-sac postérieur, et le vagin est rempli de tampons d'ouate iodoformée. Ouate phéniquée sur la vulve, garnie elle-même d'ouate iodoformée, et bandage en T.

L'opération, fort pénible, vu la petitesse de la vulve et les accidents hémorrhagiques, a duré plus de deux heures (2 h. 1/4).

Dans l'après-midi, la malade est agitée et vomit des matières aqueuses ; elle se plaint de souffrir du côté des jambes et dans le bas-ventre. Injection d'une demi-seringue de chlorhydrate de morphine au centième. Champagne frappé.

Le soir, la malade est plus calme. Ventre peu douloureux et non ballonné.

La langue est large et humide. Myosis très accusé.

L'urine retirée par la sonde est parfaitement transparente.

T. 38°, pouls 110, R. 29.

17 *novembre*. Un vomissement aqueux, hoquet fréquent, ventre souple et indolore au palper. Nuit assez calme. On retire les deux pinces hémostatiques, qui sont un peu adhérentes.

Enfin, malgré nos craintes, ces deux pinces furent assez faciles à extraire, ce qui, croyons-nous, est d'une importance capitale.

La malade, qu'on sonde régulièrement toutes les quatre à cinq heures, a rendu un litre d'urine en vingt-quatre heures.

Dans l'après-midi, quelques douleurs de ventre et expulsion de gaz par l'anus. Le hoquet persiste et il y a encore deux vomissements aqueux.

T. matin 37°,8, soir 38°; R. matin 28, soir 28.

18 *novembre*. La malade a bien dormi dans la nuit. Douleurs de reins et hoquet encore persistant. Agitation assez marquée. Un vomissement bilieux dans l'après-midi. Elle rend des gaz par l'anus et a uriné un litre et demi en vingt-quatre heures.

T. matin 37°,4, soir 37°,8 ; R. matin 25, soir 26.

19 *novembre.* Nuit agitée, douleurs de reins. Léger suintement sanguin qui tache les tampons d'ouate iodoformée. Hoquet moindre.

T. matin 37°,6, soir 37°,8.

20 *novembre.* Le tube à drainage placé dans le vagin est retiré ; puis on pratique une injection intra-vaginale au sublimé, après avoir retiré quelques tampons d'ouate iodoformée. Cet enlèvement des tampons fait avec les doigts est douloureux, ce qui tient à l'étroitesse de la vulve, dont les bords ont été contus et excoriés dans les manœuvres opératoires.

T. matin 37°,2, soir 38°.

21 *novembre.* Meilleure nuit. Douleurs de reins. Le hoquet a disparu. La malade a commencé à s'alimenter avec des potages et du lait.

T. matin 37°,4, soir 38°.

22 *novembre.* Un peu d'excitation cérébrale, surtout la nuit. Elle se lève seule et va s'asseoir sur une chaise. Alimentation facile.

T. matin 37°, soir 37°,5.

23 *novembre.* Deux tampons d'ouate iodoformée sont retirés (7e jour), et ils sont absolument dépourvus d'odeur. Alimentation avec des potages et du pain.

24 *novembre.* État général excellent.

T. matin, 37°, soir 37°,3.

Deux injections vaginales avec le sublimé au millième sont faites tous les jours.

25 *novembre.* La malade s'assied sur son lit et ne souffre plus du tout du côté des reins ou du ventre. On cesse les injections de morphine qu'on lui faisait régulièrement tous les soirs pour faciliter le sommeil.

28 *novembre.* L'état général est parfait, et la malade est très calme. Elle affirme ne se rappeler que très vaguement ce qui s'est passé pendant les huit jours qui ont suivi son opération; il est bon de noter que, pendant ce temps, la malade était constamment sous l'influence de l'alcool : champagne, grogs au rhum, et de la morphine.

6 *décembre.* La malade se lève pour la première fois et ressent quelques douleurs dans les jambes et le bas-ventre. Pas de douleurs de reins. Aucun écoulement par la vulve.

10 *décembre.* Deux petits tampons d'ouate iodoformée se présentent à la vulve et sont retirés. Ils n'ont aucune odeur.

14 *décembre.* L'examen au speculum permet d'apercevoir la cicatrice transversale des deux parois vaginales, cicatrice enfoncée, régulière, et qui ressemble parfaitement à la fente d'un col un peu gros, circonscrit par deux lèvres, qui ici sont les replis du vagin. Le point de suture en soie du fond du vagin est retiré.

15 *décembre.* Quelques douleurs en urinant et après la miction. En fait, légère cystite avec mictions fréquentes. Il y a un peu de vaginisme.

18 *décembre.* Mme M..., dont les troubles vésicaux se sont améliorés notablement, part au Vésinet en convalescence.

L'utérus enlevé, que je présente à la Société, est un peu recroquevillé, par suite de sa conservation dans l'alcool; toutefois, il était régulier et petit. Son poids actuel est de 36 grammes.

Le col est augmenté de volume et dégénéré, surtout dans sa lèvre postérieure la plus volumineuse. La dégénérescence épithéliale pénètre dans la cavité du col, mais s'y arrête ; la cavité du corps paraît tout à fait normale et n'est pas dilatée; du reste, elle communique largement avec la cavité du col. La muqueuse utérine est parfaitement lisse et non altérée. A gauche, l'altération organique du col est encore assez éloignée du cul-de-sac vaginal correspondant; il n'en est pas de même à droite, où la dégénérescence atteint presque la section faite sur le vagin.

Sur la face antérieure de l'utérus se remarquent les traces des tractus celluleux, qui ont gêné pendant l'opération. L'utérus enlevé a 7 centimètres et demi de long, 4 centimètres de largeur au niveau du fonds, 4 centimètres au col, et enfin 3 centimètres à la réunion du corps et du col.

La nature de la néoformation a été déterminée par mon interne M. Poupinel, au laboratoire du Collège de France. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux à forme lobulée.

Je ferai quelques remarques au point de vue du *modus faciendi* de cette opération fort difficile, au moins dans ce cas particulier. Ici, en effet, la vulve était fort étroite, et cela malgré la dilatation obtenue par les efforts des doigts ; de plus, l'utérus ne put être abaissé, les ligaments latéraux étant fort résistants et des adhérences celluleuses existant dans les culs-de-sac. La situation constamment élevée du col rendit difficiles les incisions antérieure et postérieure, ainsi que l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux, qui furent faites antérieurement à l'aveuglette et à l'aide de ciseaux mousses, contrairement à ce que j'avais observé jusqu'ici, soit sur mes deux premières opérées, soit chez celle de M. le professeur Trélat. Dans ces deux cas, en effet, on vit nettement le péritoine et on put l'ouvrir sachant ce qu'on faisait.

Une autre difficulté opératoire résulta du volume considérable du col et surtout de sa lèvre postérieure, qui dut être relevée et attirée en avant avec une double érigne.

Grâce aux aiguilles courbes et mousses de diverses courbures que me fit M. Mariaud, je pus facilement passer mes fils à ligatures à travers les ligaments larges. Je crois qu'à cet égard il ne faut pas trop compliquer l'appareil instrumental.

Au lieu de cordonnet en soie, je me servis de fils de soie trempés dans la solution phéniquée, et, malgré le concours de mon ami et collègue M. Richelot, l'une de nos ligatures céda, celle qui étreignait la partie supérieure du ligament large gauche. Cela te-

nait très certainement ici à la courte distance qui existait entre le bord utérin et les ligatures des ligaments larges ; aussi je ne puis accepter, comme on l'a proposé, de placer des pinces à pression à longues branches sur le bord utérin, pour faciliter ces ligatures ou obtenir une hémostase.

En tout cas, dans mon opération, l'usage de ces pinces eût été absolument impossible et eût empêché toute espèce de manœuvre opératoire ultérieure. L'hémorrhagie artérielle provenant du ligament large gauche fut arrêtée avec peine par le placement de deux pinces à pression. La nécessité nous força à expérimenter ce que notre ami G. Richelot avait déjà proposé, soit la forcipressure au lieu de la ligature des vaisseaux.

Or, cette expérience a parfaitemeut réussi. Les deux pinces restèrent vingt-quatre heures dans le péritoine et furent facilement enlevées au bout de ce temps; grâce à elles, l'hémostase fut complète. On ne saurait trop insister sur ce résultat, qui pourrait singulièrement simplifier la pratique de l'hystérectomie vaginale, et l'on peut conclure dès à présent que la forcipressure peut, dans une certaine limite, remplacer les ligatures des vaisseaux utérins sectionnés.

Je terminerai, Messieurs, cette courte communication en vous donnant des nouvelles de ma première opérée, du 5 juin 1885, dont l'observation, lue dans la séance du 24 juin 1885, a été publiée dans nos *Bulletins*.

J'ai revu cette opérée dans le courant de décembre : son état général était excellent, et son embonpoint avait pris des proportions presque excessives. Comme elle se plaignait de perdre un peu en blanc, je l'examinai au speculum et trouvai au fond du vagin, dont les parois, refoulées par les valves du speculum, simulaient deux lèvres du col, une petite ouverture de laquelle sortaient deux anses de fil disposées en chaîne, anses que je pus enlever avec une pince. Le toucher vaginal ne me fit rencontrer aucune induration suspecte périphérique.

En somme, deux anses des fils placés sur un des ligaments larges furent éliminées tardivement par suppuration, et six mois après l'opération, il n'y avait pas de traces de récidive. J'ai cru ce résultat assez encourageant pour vous le communiquer aujourd'hui, à propos de ma troisième opération d'hystérectomie vaginale pour cancer du col utérin.

Discussion.

M. Tillaux. Je voudrais être aussi heureux que M. Terrier ; malheureusement il n'en est rien, et le résultat que j'ai obtenu

dans le cas que j'ai communiqué à la Société n'est guère encourageant. Chez ma malade, qui était assez jeune, les culs-de-sac étaient sains, le néoplasme limité, l'utérus mobile, sans ganglions appréciables. Enfin, il semblait que ce cas fût des plus favorables pour écarter une récidive probable à brève échéance et pour permettre d'espérer une guérison tant soit peu durable. Au bout de six semaines, je constatai une récidive dans la plaie vaginale, l'écoulement réapparut, et cette femme succombait il y a trois jours dans un état de cachexie épouvantable. J'avoue que ce résultat m'a un peu refroidi à l'endroit de l'hystérectomie pour cancer utérin, car je n'ai jamais vu de malade dans de meilleures, de plus favorables conditions locales pour tenter l'opération. Depuis, j'ai vu plusieurs cas semblables, et je me suis abstenu.

Je me demande si, en pareille circonstance, il ne serait pas plus avantageux de faire la résection cunéiforme sus-vaginale du col, en dépassant, bien entendu, la limite du mal; peut-être cette ablation donnerait-elle de meilleurs résultats; j'ai pratiqué trois de ces résections sus-vaginales, et j'ai eu tout lieu d'en être satisfait. Jusqu'à nouvel ordre, je m'en tiendrai à cette dernière opération, de préférence à l'hystérectomie; reste à savoir s'il y a une différence pour la récidive entre les cas où l'utérus entier est enlevé et ceux où on pratique la résection conoïde.

M. Richelot. Je veux insister sur un fait purement opératoire. M. Terrier n'a employé les longues pinces qu'à contre-cœur et par nécessité, et il a réussi; c'est là une expérimentation encourageante. L'opération en question, si difficile et si prolongée, et cela d'une façon absolument indépendante de l'opérateur, eût été à mon avis singulièrement abrégée si, au lieu de chercher à pratiquer la ligature des ligaments larges, on avait immédiatement et de parti pris appliqué à demeure de chaque côté une longue pince à forcipressure.

M. Verneuil. Je partage l'opinion de M. Tillaux au sujet de la préférence à donner aux amputations partielles du col sur l'hystérectomie lorsque l'épithélioma est limité au col. J'ai communiqué une statistique de 19 cas d'amputation du col où la moyenne de survie est de 19 mois, et comme cette statistique est déjà ancienne, je crois que cette survie est, en moyenne, de 22 à 23 mois. Cela vaut bien la peine de ne pas abandonner les résections partielles. Dans ce travail, je cite l'observation d'une dame que Depaul avait opérée quatre fois pour des polypes épithéliomateux vivaces tapissant le col et repullulant sans cesse. Après l'avoir opérée trois fois encore, je me décidai à intervenir de la façon suivante : j'attirai l'utérus vers la vulve et je fis avec le thermo-cautère une résection

triangulaire de la lèvre antérieure du col qui me permit de voir sur la face interne de la lèvre postérieure la base d'implantation du néoplasme; à l'aide d'une cuillère tranchante, je raclai complètement toute cette surface et fis une dernière cautérisation avec le thermo-cautère. Il y a cinq ans que l'opération est faite et la malade continue à se bien porter. J'ai donc déjà obtenu dans ce cas une survie de 60 mois. Je me demande si l'hystérectomie aurait donné un résultat pareil. Je fais donc de grandes réserves pour cette dernière opération.

M. Després. Ce n'est pas la première fois que je viens critiquer l'ablation totale du corps utérin, et même les interventions partielles. Je regarde les faits de M. Terrier comme exceptionnels. L'hystérectomie est prodigieusement dangereuse, et ses résultats seraient autrement appréciés qu'ils ne le sont en général, si tous les chirurgiens avaient, comme M. Tillaux, la loyauté de publier leurs cas de mort.

Quant au cancer limité et à ses modes d'intervention, je dirai qu'il y a opération partielle et opération partielle, comme il y a cancer utérin et cancer utérin. Lorsqu'on a affaire à une tumeur épithéliomateuse végétante à marche rapide, comme celle de la face, il y a intervenir; mais ce n'est que très exceptionnellement qu'il se présente des cancers qui se prêtent à semblable opération. Quand le cancer a envahi tout le corps, il n'y a aucune intervention à tenter, car tous les lymphatiques du voisinage sont pris. Du reste, il faudrait une quantité bien plus considérable d'observations pour juger la question.

M. Terrillon. La forcipressure a déjà été employée dans l'hystérectomie par Spencer Wells, qui en signale l'application dans le livre analysé récemment dans la *Semaine médicale*. Ce chirurgien laisse les pinces à demeure non pas vingt-quatre heures, ce délai paraissant insuffisant, mais bien quarante-huit heures. Pour ma part et en tenant compte de l'épaisseur de tissus que leurs mors comprennent, je n'oserais pas, pour assurer une hémostase définitive, les laisser seulement vingt-quatre heures.

M. Duplay. Un mot seulement au point de vue du manuel opératoire, car je ne veux pas soulever la discussion qui a rapport à l'observation de M. Tillaux, bien qu'elle soit très importante.

Le temps le plus délicat de l'hystérectomie est, sans contredit, la ligature et la section du premier ligament large; or, ne pourrait-on pas avoir recours, pour faciliter ce temps, à la manœuvre préconisée par Schrœder (de Berlin)?

Elle consiste, une fois la libération de l'utérus effectuée en avant

et en arrière, à accrocher la moitié inférieure de chaque ligament avec une aiguille de Deschamps, munie d'un fil, de lier cette partie inférieure, puis de la sectionner : cela obtenu, on abaisse l'utérus et on le fait basculer de manière à tordre la partie supérieure du ligament large, qui n'a pas été intéressé dans la première ligature; cet abaissement et cette torsion permettent enfin de lier aisément cette portion supérieure de chacun des ligaments et de compléter la séparation de l'organe.

M. Pozzi. Je pense que le procédé dont parle M. Duplay a été employé, comme méthode de nécessité, par bien des chirurgiens sans savoir qu'il appartint à Schrœder. Il ne faut pas croire qu'il soit toujours facile de faire basculer l'utérus, surtout si l'organe est volumineux, et j'ai remarqué que, pour lui faire exécuter ce mouvement de bascule, il est nécessaire de libérer la partie inférieure du ligament large dans une étendue de 2 centimètres environ. Je pense que la plupart des hémostases consécutives sont dues à ce qu'on place la ligature du ligament large trop rapprochée du bord utérin, et, malgré la difficulté de cette manœuvre, il faut absolument s'éloigner au moins d'un centimètre de ce bord avant de sectionner. Quant au débridement de la base des ligaments, il donne du sang, mais une pince à forcipressure suffit à l'arrêter après quelques minutes d'application. Il faut avoir soin, en le faisant, de bien raser le tissu utérin.

M. Terrier. Dans la discussion qui vient d'avoir lieu, il y a plusieurs points : la question du cancer et de sa récidive ; la question de l'intervention.

La première d'abord. Le chirurgien sceptique, en présence de pareils faits, dit : je crois qu'il y aura récidive, et il est tout étonné, au bout d'un temps plus ou moins long, de voir que la récidive ne se réalise pas.

Je sais parfaitement, pour ma part, que les cancers récidivent avec une très grande facilité ; mais je sais aussi que ce malheur arrive surtout chez les individus jeunes encore. Une jeune fille a beaucoup plus de chances de récidive et de généralisation qu'une femme de 75 ans. C'est probablement à cette circonstance qu'il faut attribuer le résultat malheureux que M. Tillaux vient de nous communiquer.

Je ne saurais partager l'opinion exprimée par quelques-uns de nos collègues, relative à la préférence à donner aux opérations partielles sur l'hystérectomie dans le cancer utérin. Soutenir qu'une opération incomplète empêche la récidive aussi bien qu'une intervention complète est un axiome que je ne comprends plus du tout : les mêmes membres de la Société qui, récemment dans une

discussion, ont soutenu qu'il fallait pratiquer l'ablation du cancer pour le sein ou d'autres organes, le plus largement possible, viennent aujourd'hui nous dire qu'ils préfèrent une opération incomplète : en ce qui concerne les chances de récidive, je ne puis les suivre, car ils me paraissent pécher absolument contre la logique.

Qu'on dise que l'hystérectomie est très grave et qu'en raison de cette gravité il ne faut pas la faire, je le veux bien ; mais, par contre, je crois que la raison veut qu'on reconnaisse également qu'une fois l'opération pratiquée et réussie, les garanties pour la malade sont incontestablement supérieures. Si, toutefois, une opération doit empêcher ou éloigner la récidive, il est de toute évidence qu'une hystérectomie complète l'empêchera beaucoup plus qu'une hystérectomie incomplète.

On a critiqué notre statistique, parce qu'elle est modeste, et on dit qu'on ne peut établir les statistiques que si l'on a des faits en nombre. Eh bien, en France, l'hystérectomie donne une série de 10 opérations, dont 6 guérisons et 4 morts : rien ne prouve que, par la suite, ces résultats ne deviendront pas de plus en plus favorables.

Du reste, la méthode opératoire est perfectible : puis-je croire déjà qu'après la dissection préalable et l'isolement de l'utérus, il suffit de mettre deux pinces à demeure sur les ligaments larges, comme le pense M. Richelot, pour rendre l'opération des plus aisées? je ne vais pas encore jusque-là; c'est une question à résoudre.

Le procédé de Schrœder est encore un progrès, mais il ne peut être applicable dans tous les cas.

M. Marchand nous a dit qu'en employant la méthode de Müller (incision complète de l'utérus sur la ligne médiane), il ne rencontrait aucune difficulté sérieuse à opérer; cependant, je crois que lorsque la vulve est étroite on a toutes les peines du monde à renverser l'utérus. — M. Pozzi pense judicieusement qu'il faut poser le fil sur les ligaments à une certaine distance : certainement, mais c'est là une manœuvre malheureusement très difficile à effectuer, car on se rapproche de l'utérus malgré soi.

Tout cela prouve, je le répète, que l'hystérectomie est une opération perfectible ; mais elle ne se présente pas toujours dans les mêmes conditions, et nous ne pouvons encore la juger d'une façon définitive; nous sommes encouragés par des faits heureux, nous continuerons.

M. Després. Bien que M. le rapporteur ne m'ait pas nommé, j'ai parfaitement compris que c'était moi surtout qu'il critiquait. Je lui répondrai que lorsque nous enlevons un sein, comme nous

pouvons, séance tenante, extraire les ganglions malades, il y a lieu d'espérer d'avoir dépassé la limite du mal et par conséquent d'avoir une guérison radicale. Toute autre est l'hystérectomie vaginale : quand on enlève l'utérus entier pour un cancer *on ne fait qu'une opération palliative*, car on ne peut enlever les ganglions comme dans d'autres opérations. Avant de juger cette méthode, il faut que nous ayons connaissance de tous les cas, surtout des morts et des statistiques étrangères. C'est une opération meurtrière qui peut tuer en 24 heures, et avant de la recommander, il est nécessaire d'avoir sous les yeux un nombre incalculable de faits. Je dirai un seul mot en terminant : les opérateurs parlent toujours de la difficulté d'abaisser l'utérus ; je ne comprends pas bien cet obstacle, car chez beaucoup de femmes l'utérus sort de lui-même de la vulve, par son propre poids, sans qu'il y ait besoin de traction.

M. Marchand désire rectifier un fait énoncé par M. Terrier. Il a dit seulement que dans un cas il n'avait pas éprouvé de difficulté à lier les ligaments larges.

M. Terrier. Sur la malade que j'ai opérée, non seulement je n'ai pas abaissé l'utérus jusqu'à la vulve, mais j'ai saisi l'organe en place ; c'est ce qui a rendu l'opération longue et laborieuse. M. Marchand, dans un cas, n'a rencontré aucun obstacle pour lier les ligaments : tant mieux pour lui, il a été un chirurgien favorisé par la fortune en trouvant une grande laxité dans les téguments; mais j'ai bien le droit de dire que dans la majorité des cas le temps le plus difficile est la ligature de ces ligaments.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 13 janvier 1886.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° La *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Bordeaux, pour l'année 1885. Don de M. Masse, rédacteur en chef;

3° *De la conservation dans les plaies pénétrantes compliquées des articulations*, par le Dr Delporte, offert par M. le Dr Guermonprez (de Lille);

4° *Arthrotomie pour corps mobile du genou*, par M. Boppe, médecin-major de l'hôpital de Lunéville;

5° *Deux arthrotomies pour extraction de corps articulaires du genou*, par M. le Dr Krug-Base, médecin principal à l'hôpital militaire de Belfort (Commission : MM. Sée, Cruvelhier, Kirmisson, rapporteur);

6° Diverses brochures chirurgicales de M. le professeur Weiss, (de Nancy).—Mélanges de clinique. — Clinique chirurgicale, ostéotomie, etc.

Rapport.

Fracture du crâne. — Hémorrhagie. — Mort, par M. Guerlain (de Boulogne).

Rapport de M. Nepveu.

M. Guerlain, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis, de Boulogne-sur-Mer, vous présente l'histoire d'un matelot de 27 ans qui a été atteint d'une fracture grave du crâne. En sortant du port, l'amarre d'un remorqueur casse un mât qui arrive en plein fouet d'une hauteur de 10 mètres au moins sur le front du matelot.

Celui-ci tombe à la renverse sans connaissance, on l'apporte à l'hôpital à 3 heures et demie. Facies pâle, pouls lent, petit, filiforme, 26 par minute; température : 30 degrés centigrades; respiration : 60 par minute.

A chaque expiration, il s'écoule du sang en grande quantité par le nez et par la bouche. Il n'a pas repris connaissance depuis l'accident. La résolution est complète, de même que l'insensibilité.

A la région frontale droite, sur l'arcade sourcilière, à 1 centimètre de l'apophyse orbitaire externe, il porte une petite plaie perpendiculaire à la direction de l'arcade, de 2 centimètres d'étendue, au milieu d'un empâtement énorme de la région. Tuméfaction énorme des deux paupières à droite, exophtholmos, ecchymose conjonctivale, pupille dilatée, insensible.

A gauche, mêmes phénomènes, mais beaucoup moindres.

Il meurt trois heures après son entrée.

A l'autopsie, on observe une vaste infiltration sanguine de tous les tissus cutanés. Sur les os, on trouve une fêlure qui part obliquement de l'apophyse orbitaire externe, se dirige vers la portion écailleuse du temporal, et se perd dans la suture fronto-pariétale.

Le cerveau paraît sain, le périoste au niveau de la fêlure n'est pas décollé.

Mais en enlevant le cerveau, on trouve à la base une autre fêlure, qui, partant de la première, coupe la paroi supérieure de l'orbite droite, passe derrière l'apophyse *crista galli* et en avant des troncs des nerfs olfactifs, pour venir fragmenter une partie de la paroi supérieure de l'orbite du côté gauche, en dehors de la lame criblée de l'ethmoïde. Le fragment, qui mesure 2 centimètres de haut sur 24 de large, ne fait pas saillie sur la base du crâne, mais est enfoncé dans l'intérieur des sinus sphénoïdaux.

M. Guerlain pense que cette esquille a lésé l'artère ophthalmique; malheureusement, ce point intéressant reste obscur faute de preuve anatomique, il n'a pu continuer l'autopsie.

Les conclusions : remerciements à l'auteur, dépôt aux archives et inscription sur la liste des correspondants nationaux, sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Lipomes du mésentère,

Par M. Terrillon.

M. Terrillon. J'ai présenté devant l'Académie de médecine, dans la séance du 6 octobre 1885, un vaste lipome développé dans le mésentère au centre de la cavité abdominale, et que j'avais enlevé chez un homme de 36 ans. Il pesait 57 livres.

Au moment de la présentation, le malade avait survécu pendant quinze jours à cette opération; l'état général était satisfaisant, et j'avais bon espoir de le voir guérir. Malheureusement, une diarrhée incoercible, accompagnée d'un affaiblissement progressif, amena la mort au bout de trente-deux jours.

Comme l'observation n'a pas été publiée, et qu'elle est intéressante à plusieurs titres, je crois qu'il sera utile de la donner avec quelques détails.

Je la ferai suivre de quelques commentaires sur d'autres lipomes

du mésentère, qui ont été publiés par divers auteurs en France et à l'étranger.

Observation. — *Lipome myxomateux du poids de 57 livres, développé dans l'épaisseur du mésentère. Ablation par décortication. Mort après 32 jours par diarrhée et épuisement.*

Le nommé L..., âgé de 35 ans, journalier, ordinairement bien portant, eut, il y a près de trois ans, des douleurs assez vives dans la région hépatique, avec irradiation dans l'abdomen.

Peu de temps après, il s'aperçut que son ventre augmentait sensiblement, sans pouvoir indiquer quel côté était spécialement envahi.

Malgré cela, il continua à travailler, mais il maigrit assez rapidement; car, outre le développement de sa tumeur, il avait tous les matins des vomissements, probablement dus à l'alcoolisme.

Au mois de mai 1885, ne pouvant plus continuer son travail, il entre à l'hôpital de Nonancourt (Eure), où M. le docteur Grosfiguier pratique deux ponctions qui ne donnent issue à aucun liquide.

Le ventre continua à augmenter d'une façon progressive, l'état du malade devint de plus en plus mauvais; c'est alors qu'il nous fut adressé, à la fin de juillet.

Le malade était tellement affaibli à ce moment, que je ne pouvais songer à une intervention chirurgicale. L'examen me donna les résultats suivants :

Maigreur extrême, les yeux profondément excavés, ventre énorme (126 centimètres de circonférence).

L'abdomen proémine en avant, mais également étalé sur les côtés, sans bosselures appréciables à la vue.

La circulation veineuse complémentaire est très développée, surtout vers la partie sus-ombilicale.

Malgré le développement uniforme du ventre, on sent des parties dures, assez consistantes, qui occupent la région sus-hépatique et la région sus-pubienne, principalement à droite. Le reste de la tumeur donne la sensation d'une fluctuation assez manifeste avec tremblotement, mais flot peu distinct.

Les intestins sont entièrement refoulés du côté gauche sous le diaphragme; aussi ne trouve-t-on de la sonorité que dans cette région et dans la région lombaire correspondante.

Aucun trouble du côté de la miction et très peu du côté de la défécation.

Pas d'œdème des jambes.

Une ponction pratiquée avec la grosse aiguille de l'appareil Potain ne donna ni sang ni liquide.

Du mois de juillet à la fin de septembre, le malade reprit des forces, engraissa légèrement et sembla avoir acquis une plus grande résistance. Aussi, espérant qu'il s'agissait d'une tumeur sans caractère malin, à cause du développement lent de la tumeur et de l'absence

d'aucune substance dans les ponctions, je me décidai à tenter une opération radicale.

Celle-ci fut pratiquée le 30 septembre 1885 avec l'aide de MM. Monod, Brun et Sébileau.

Une incision allant de l'appendice xyphoïde au pubis ouvrit largement le péritoine.

On découvrit alors la tumeur, qui était entièrement recouverte par un feuillet de mésentère, dont on voyait les artères et surtout les veines très volumineuses.

Quelques adhérences légères unissaient le péritoine pariétal au mésentère ; elles furent facilement détruites.

Je fis ensuite une incision du feuillet mésentérique dans toute sa hauteur et je constatai que la tumeur était formée par un lipome à lobules volumineux, séparés par des cloisons incomplètes, mais sauf quelques-uns superficiels, ne pouvant être isolés les uns des autres.

Je pratiquai alors la décortication de la tumeur en la séparant du mésentère. Malgré la présence de vaisseaux assez volumineux et de cloisons fibreuses assez résistantes, cette décortication fut presque facile pour les parties antérieures. Mais quand il fallut atteindre les parties latérales, cette séparation devint plus difficile, l'incision abdominale, malgré son étendue, ne permettant pas un passage suffisant pour les mains. Une portion de l'intestin grêle intimement unie à la tumeur sur une étendue égale à 7 ou 8 centimètres fut difficilement séparée, la tunique interne resta endommagée et déchirée sur plusieurs points. Mais il n'y eut pas de déchirure de la muqueuse ni de pénétration dans le calibre de l'intestin.

J'essayai alors de morceler la tumeur, mais en vain, car les lobes n'étaient pas séparables.

Je pensais alors à faire des débridements transversaux dans la paroi de l'abdomen pour avoir de la place. C'est alors qu'une tentative nouvelle du côté du petit bassin dans lequel plongeait la tumeur permit d'atteindre sa limite inférieure en la séparant de son enveloppe à ce niveau.

Je pus alors, en faisant soulever cette partie par mes aides, passer en arrière d'elle, la détacher lentement et prudemment des vaisseaux iliaques, de l'aorte, de la veine cave, avec lesquels les connexions n'étaient pas trop intimes, et à force de patience je pus arriver à la décortiquer entièrement et à l'enlever en une seule masse.

La tumeur pesait 57 livres.

Un grand nombre de pinces à forcipressure avaient été placées à mesure sur les parties déchirées.

Après l'ablation nous étions en présence d'une vaste poche à surface sanguinolente qui occupait presque toute la totalité de l'abdomen et qui était formée par les débris du mésentère enveloppant la tumeur.

Le cæcum avec son appendice, une partie du colon et trois anses du petit intestin refoulés en haut et à gauche étaient adhérents au feuillet supérieur au mésentère.

Tous les débris du mésentère et de la poche enveloppante qu'on put

enlever furent réséqués et une vingtaine de ligatures au catgut assurèrent l'hémostase.

La surface abdominale fut nettoyée avec soin, les parties saignantes débarrassées de leurs caillots, et toute la surface fut imbibée de solution forte d'acide phénique.

L'incision abdominale fut fermée avec 18 points de sutures. — Compression énergique.

Après l'opération, le malade reprit lentement connaissance et resta dans un état d'affaiblissement assez grand.

Les jours suivants, il n'eut ni pouls rapide ni fièvre, et il commençait à s'alimenter légèrement, lorsqu'il fut pris d'une diarrhée fétide, qui ne pouvait être arrêtée que momentanément, avec des doses assez fortes de bismuth. L'alimentation était très insuffisante.

Le 7e jour on enleva sept sutures, la réunion était parfaite.

Le 15e jour, le malade allait assez bien mais s'affaiblissait légèrement.

Je présentai la pièce anatomique devant l'Académie de médecine (séance du 6 octobre 1885).

Depuis cette époque jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 32e jour après l'opération, le malade dépérit graduellement.

Une diarrhée continue, qu'on ne pouvait suspendre qu'avec peine, fut la cause de cet épuisement.

Des eschares au sacrum venaient compliquer la scène, et, malgré tous les efforts, il s'éteignit dans un état d'amaigrissement effrayant.

Examen de la tumeur. — La tumeur, après l'extirpation, avait l'apparence d'une masse informe, assez régulièrement arrondie.

Elle était composée de masses jaunâtres, molles, réunies entre elles par des tractions fibreuses et vasculaires s'entrecroisant dans tous les sens.

Deux des segments de la tumeur semblaient plus résistants et plus denses que les autres ; mais leur texture ne semblait pas très différente.

Dans plusieurs points, surtout au centre de la tumeur ou dans les lobes du voisinage des travées fibreuses, on rencontrait des portions de tissu ayant un aspect différent de celui des autres parties. Ce tissu était blanc, grisâtre, transparent, comme gélatineux, et rappelant l'aspect du myxome. Ces deux tissus se confondaient au niveau de leurs limites respectives, comme si l'un n'avait été que la transformation de l'autre.

L'examen histologique montra d'une façon évidente que la tumeur était constituée par du lipome prédominant, mais, contenant des quantités de parties myxomateuses.

Ce tissu myxomateux était facile à reconnaître. C'était donc un lipome myxomateux en voie d'accroissement rapide.

Nécropsie du 5 *novembre* 1885. — Réunion parfaite de la plaie.

Quantité assez notable d'ascite.

Le liquide est clair, verdâtre, paraît normal.

L'abdomen semble incomplètement rempli par l'intestin affaissé, et on voit le foie séparé de la paroi abdominale par un espace assez considérable.

Les anses intestinales ratatinées sont ramassées et agglutinées presque toutes au-devant de la colonne vertébrale. Elles sont rouges, tomenteuses, granuleuses; elles ont perdu leur aspect lisse et sont recouvertes, par endroits — de même que le péritoine et la fosse iliaque gauche — d'une couche de mucosités sanguinolentes.

Le péritoine pariétal, en avant, est sain. Des adhérences solides existent entre toutes les anses intestinales, et entre elles et la colonne vertébrale en arrière.

Le gros intestin occupe sa place à peu près normale.

Dans la fosse iliaque droite, au-devant du cæcum, on voit des adhérences solides. Là, le péritoine est épais, noirâtre ; un petit abcès est enkysté sous les fausses membranes.

Le rein et le foie sont sains.

Congestion pulmonaire.

L'intestin est rouge, vascularisé. Quelques plaques de Peyer sont congestionnées, rouges et hypertrophiées.

Le cœur est atteint d'insuffisance mitrale. La valvule est cependant saine. Hypertrophie du cœur gauche.

Orifice aortique sain.

En résumé : péritonite chronique non purulente mais adhésive, avec ascite et adhérence des intestins entre eux et à la colonne vertébrale, avec absence de mésentère. — Entérite très marquée.

Les observations de lipomes du mésentère sont rares et peu connues. On trouve cependant ces tumeurs signalées dans l'article LIPOME du *Dictionnaire encyclopédique* (signé par M. Cornil), dans le *Traité de pathologie* de MM. Duplay et Collin, à l'article ABDOMEN. M. Péan, dans son *Traité des tumeurs abdominales*, en rapporte deux observations et esquisse rapidement quelques traits principaux touchant le développement de ces tumeurs.

Résumé des observations publiées.

OBS. I. Myxo-lipome du mésentère. Homme de 36 ans. Poids 57 livres. Ablation par décortication. Mort de diarrhée incoercible, le 32e jour (Terrillon).

— II. Tumeur myxo-lipomateuse volumineuse du mésentère. H. de 39 ans. Incision exploratrice. Trois mois après, ablation. Mort subite quelques heures après. Poids 57 livres (Herman, *The Lancet*, 1883, t. I, p. 449).

— III. Lipome volumineux du mésentère. Femme de 60 ans. Ablation. Mort immédiatement après l'opération. Poids 35 livres (Herman, *id.*, p. 450).

— IV. Lipome du mésentère. Femme de 60 ans. Ablation par décortication. Drainage abdominal. Morte le 10e jour. Poids 24 livres (Péan, *Diagn. et trait. des tumeurs de l'abd.*, 1881, p. 1129).

OBS. V. Lipome du mésentère. Femme de 62 ans. Ablation. Morte le 4e jour. Poids 40 livres (Péan, *id.*).

— VI. Lipome du mésentère. Femme de 43 ans. Incision exploratrice. Peu après, ablation. Morte par péritonite après 58 heures. Poids 20 livres (Sp. Wells. *Trans. path. Soc. London*, 1868, t. XIV, p. 243).

— VII. Lipome œdémato-myxomateux né du mésentère. Femme de 32 ans. Ablation avec résection d'une partie de l'intestin grêle. Guérison. Poids 35 livres (Madelung, *Berl.*, *klin. Voch.*, 1881, p. 75 et 93).

— VIII. Tumeur fibro-lipomateuse du mésentère. Femme de 63 ans. Trouvée à l'autopsie. Poids 55 livres (Cooper Forster, *Trans. path. soc. London*, 1868, t. XIX, p. 946).

— IX. Lipome du mésentère. Homme de 54 ans. Cautérisation de la tumeur sans ablation. Mort par septicémie (Cauvy (d'Agde), *Montpellier médical*, 1874, vol. XXXII, p. 97).

— X. Lipome du mésentère. Homme de 36 ans. Mort par cachexie. Autopsie. Poids 25 livres (Fick, *Trans. path. soc. London*, et *Saint-Georges Hosp. Reports.*, 1870, p. 253).

— XI. Lipo-myxome volumineux du mésentère. Femme de 30 ans. Trouvé à l'autopsie. Poids 63 livres.

— XII. Lipome du mésentère. Femme de 47 ans. Trouvé à l'autopsie après la mort, due à un cancer utérin. Poids 315 grammes (Moynier, *Soc. de Biologie*, 1850, 1re série, t. II, p. 139).

— XIII. Lipome du mésentère et de l'épiploon. Femme de 36 ans. Trouvé à l'autopsie après mort par cachexie. Poids 7 livres (Hanley, *Philos. Trans.*, 1771, vol. 61, p. 131).

— XIV. Lipome énorme du mésentère. Trouvé sur le cadavre d'un vieillard. Poids 30 livres (Broca, *Bull. soc. anat.*, 1850, p. 137).

— XV. Lipome du mésentère. Femme de 30 ans, enceinte. Ablation. Guérison. Poids 50 livres (Péan, *Bull. de Thér.*, 15e année, 1885, p. 420).

J'ai pu réunir quatorze observations dans lesquelles il est fait mention des lipomes développés dans l'épaisseur du mésentère. Une quinzième, annoncée par M. Péan, dans le *Bulletin de thérapeutique*, novembre 1885, n'a pas été publiée en détail; aussi elle ne peut être utilisée avec fruit.

Une partie de ces observations se rapportent à des faits dans lesquels la tumeur n'a été constatée qu'après la mort, ou trouvée, par hasard, à l'autopsie. Cependant, parmi ces cas, il y eut sept opérations methodiquement pratiquées qui ne donnèrent qu'un succès. (L'observation est de Magdelung, *Bull.*, t. V, 1881, p. 75.) On peut y ajouter le cas de Péan, opéré cette année, qui, paraît-il, se

serait terminé par la guérison. Les deux tiers appartenaient à des femmes : dix femmes pour cinq hommes.

Le poids de ces lipomes est ordinairement considérable. Il peut acquérir 56, 57 et même 62 livres. Quelques-uns pesaient 40 livres; d'autres, plus petits, ne dépassaient pas 8 à 10 livres.

Ils se développent assez rapidement, car, le plus souvent, ils atteignent ce volume après deux ou trois ans à peine.

Leur position anatomique et la façon dont ils évoluent dans l'abdomen sont assez semblables dans tous les cas, pour permettre une description d'ensemble.

Ils naissent au-devant ou sur le côté de la colonne lombaire et s'insinuent en se portant en avant, entre les deux feuillets du mésentère, qui leur forme une enveloppe en s'épaississant.

La masse des intestins est repoussée dans le flanc du côté opposé et bientôt sous les fausses côtes. Souvent la tumeur se met en contact plus ou moins intime avec l'intestin, dans une certaine étendue : de là vient la difficulté qu'on a à les séparer.

Dans un cas, il fut nécessaire de réséquer l'intestin.

Chez mon malade, la paroi intestinale fut endommagée pendant la dissection dans une certaine étendue.

Quelquefois la tumeur, en s'insinuant sous le péritoine latéral, repousse en avant le côlon ascendant ou descendant et devient adhérente avec lui.

Le gros intestin est alors en avant de la tumeur, ainsi que cela se constate dans les tumeurs du rein, ou bien peut être refoulé du côté opposé, comme chez mon malade.

L'ascite est rare. La compression de tous les organes abdominaux, par la présence de la tumeur dont l'augmentation est progressive, doit être la cause principale de l'amaigrissement rapide des malades et de la cachexie qui entraîne la mort au bout de quelques années. Quant aux symptômes, ils ne diffèrent pas de ceux des tumeurs abdominales à marche chronique.

Une fausse fluctuation totale ou partielle des bosselures peu accentuées donnent des signes analogues. Enfin, la tumeur, débordant souvent dans la partie supérieure du bassin, semble avoir des connexions vagues avec l'utérus ou les organes voisins. Aussi, chez les femmes, les lipomes ont toujours été pris pour des kystes de l'ovaire.

Jusqu'à ce jour, le diagnostic n'a pu être fait dans aucun cas, avant l'opération ou l'autopsie. Ou bien il n'a été qu'approximatif. Chez l'homme, on a pensé à des tumeurs variées, et, dans mon observation, j'étais arrivé à la notion suivante : *Tumeur solide non maligne de l'abdomen. Probablement myxome.*

La consistance molle, simulant la fluctuation, a souvent engagé

le chirurgien à pratiquer une ponction dans l'espoir de rencontrer un liquide quelconque. Mais, ordinairement, la ponction n'a donné que du sang en petite quantité ou n'a rien ramené.

L'absence de toute trace de substance dans la canule du trocart explorateur était une des raisons qui m'avaient conduit au diagnostic émis plus haut.

La nature de la tumeur a varié dans quelques limites. Quelquefois elle était constituée par des lipomes purs.

Mais, souvent, quand elle a été examinée au microscope, on a trouvé un mélange de myxome et de lipome. Une fois, la graisse avait l'apparence du suif. Il s'agissait d'un stéatome. Enfin, la masse a pu subir partiellement la transformation calcaire ou osseuse. (Obs. de Péan.)

Ordinairement, constituée par des lobules plus ou moins volumineux, séparés par des tractions fibreuses, le lipome est peu vasculaire dans son épaisseur; mais ces connexions avec le mésentère sont remplies de gros vaisseaux qui rendent l'opération très pénible. Ils nécessitent l'emploi d'un grand nombre de pinces à forcipressure et de nombreuses ligatures au catgut.

L'ablation de ces tumeurs a toujours été difficile. On n'a pu les enlever qu'en les séparant de la coque mésentérique qui les enveloppait. Pour arriver à ce résultat, il est nécessaire de déchirer les vaisseaux lymphatiques et sanguins du mésentère dans une grande étendue, et de dénuder les gros vaisseaux qui sont en avant de la colonne vertébrale. On peut se figurer alors quels sont les désordres qui sont le résultat de l'opération.

La plaie anfractueuse laissée par la décortication avec ses lambeaux mésentériques est énorme, et fournit une grande quantité de liquide. Aussi, dans la plupart des cas, pour diminuer cette surface cruentée, il est nécessaire de réséquer les lambeaux les plus saillants ou de les rétrécir par des ligatures. On a essayé de drainer cette cavité, mais sans succès ; aussi presque toujours on a fermé l'abdomen complètement, comme à la suite de l'ovariotomie.

Comme on l'a vu plus haut, la mortalité est grande après l'ablation. Elle paraît due principalement aux désordres graves des vaisseaux mésentériques. La destruction de ces derniers rend très difficile l'absorption intestinale. On peut aussi expliquer la gravité de l'opération par les désordres nerveux produits par la déchirure des nerfs du grand sympathique.

Plusieurs malades sont morts peu après l'opération du *shock* traumatique ou d'épuisement; d'autres, de péritonite aiguë septique ou non.

Enfin, quelques-uns ont vécu plus longtemps, dix et même

trente jours, et sont morts avec des phénomènes intestinaux rapides ou chroniques.

Nous avons déjà vu que sur huit opérations il n'y eut que deux succès. Ceux-ci méritent même une restriction. La malade de Magdelung avait un lipome développé en grande partie aux dépens de l'épiploon et du mésentère. L'extraction avait donc été moins difficile et avait laissé moins de désordres du côté des vaisseaux mésentériques que dans les autres cas. Ceci expliquerait la guérison facile.

Pour la malade de Péan, l'absence d'observation nous empêche de savoir s'il s'agissait bien là d'un lipome intra-mésentérique et si la décortication avait été pénible et étendue.

Ces résultats sont donc peu encourageants. Mais il est probable que, dans l'avenir, le diagnostic devenant plus précis, on pourra opérer plus rapidement ces lipomes, avant qu'ils aient acquis un volume énorme, ce qui rendra les chances de guérison plus favorables.

Communication.

Note clinique et expérimentale sur les effets de la méthode de traction par les poids (extension continue), sur les articulations malades et la coxalgie tuberculeuse en particulier,

par M. Lannelongue.

M. Lannelongue. — Bien qu'il soit établi que la priorité du principe et de l'application de la méthode de l'extension continue dans les affections articulaires ne leur appartient pas et doit être attribuée à Le Sauvage, de Caen (1839), néanmoins c'est aux chirurgiens américains que revient le grand mérite d'avoir compris que cette méthode doit constituer l'élément capital du traitement dans la coxalgie. Partant de ce fait que la douleur est due à la compression des surfaces et que l'affection est entretenue et aggravée par le frottement des os malades, ils cherchèrent à l'aide de divers appareils à réaliser sur le malade l'écartement du fémur et de la cavité cotyloïde.

Mais, tandis que les Américains, et les Anglais qui les imitèrent, auxquels il convient d'adjoindre M. Le Fort, en France, permettaient et croyaient utile la marche des sujets avec les appareils construits dans ce but, ce qui prêtait singulièrement à la déconsidération de la méthode, les Allemands et Richard Volkmann en tête cherchèrent les mêmes effets sur le malade au repos,

c'est-à-dire couché. Ce fut certainement une innovation heureuse et, comme le dit Monod, une différence essentielle dans l'application de la méthode.

Je n'ai pas l'intention, dans cette note, de rappeler les effets de la méthode, ni son mécanisme d'action. Je désire m'arrêter seulement sur les résultats qu'elle peut produire au point de vue de la séparation des surfaces, question discutée et remplie d'opinions contradictoires. Les premiers, Kœnig et Paschen expérimentèrent sur des cadavres normaux et crurent avoir démontré une séparation réelle des surfaces du fémur et du cotyle par des tractions continues variables, peu élevées d'ailleurs.

Mais plus tard, Morosoff (de Charkow), opérant sur des cadavres frais, formula des conclusions différentes. Pour produire un écartement d'un demi-millimètre, d'après Morosoff, il faut un poids supérieur à 20 livres sur un cadavre frais, et avec 40 livres on n'obtient qu'un écartement d'un millimètre.

Il est fort intéressant, sans nul doute, de connaître les effets de cette méthode sur l'articulation d'un cadavre et on peut en induire certaines données utiles. Mais il est plus important de rechercher les effets véritables de la méthode sur une articulation malade, car les conditions sont tout autres que sur le cadavre. D'une part, les surfaces articulaires sont plus ou moins modifiées dans leur forme, mais surtout la résistance capsulaire est tout autre et considérablement amoindrie par le fait de sa transformation en tissu mou et fongueux ; les ligaments eux-mêmes subissent la même altération.

La mort d'un coxalgique, à une période récente du début de l'affection, cinq mois environ, soumis antérieurement à l'extension continue pendant quarante-cinq jours, nous a permis de procéder à une expérience qu'on peut considérer comme décisive par les résultats obtenus.

Voici d'abord l'observation du petit malade ; la manière dont l'expérience a été conduite et les résultats obtenus seront consignés à la suite de l'observation clinique et de l'étude des lésions cadavériques.

Observation. — *Coxalgie tuberculeuse datant de près de cinq mois, soumise à l'extension continue pendant quarante-cinq jours. — Redressement du membre. — Enfant mort du croup. — Expérience cadavérique faite en vue de rechercher les effets de la traction continue.*

P... (Charles), âgé de 4 ans, entre dans mon service à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 21, le 16 octobre 1885 ; il a succombé le 10 décembre 1885.

Antécédents. — Père et mère bien portants, un unique enfant également bien portant. Le petit malade en question a toujours été un peu chétif, délicat, au dire de la mère. Il aurait eu plusieurs fois des bronchites.

Au mois de janvier 1885, il a été opéré dans le service pour un petit abcès tuberculeux du gros orteil gauche, d'origine osseuse.

En mars 1885, il a la rougeole et est soigné à l'hôpital Trousseau. Le début de la coxalgie est postérieur à la rougeole; l'enfant était remis de sa convalescence lorsqu'il éprouva, vers le milieu de juillet, les premiers phénomènes de sa maladie. Ce fut une claudication très légère et intermittente. La douleur du genou a existé, mais n'a jamais été très marquée; par intervalles, douleurs dans la hanche.

État de l'enfant à son entrée, le 18 *octobre.* — Le membre inférieur droit est en abduction et en légère rotation en dehors. Les mouvements spontanés sont encore possibles, mais gênés et douloureux. Mouvements provoqués assez étendus et très peu douloureux.

La recherche des points osseux malades permet de constater de la douleur à la pression sur la tête fémorale en avant et en arrière, sur le petit et le grand trochanter; le membre a un allongement apparent de 1 centimètre tout au plus; l'épine iliaque antéro-supérieure est à peine abaissée.

En faisant marcher le malade, on voit qu'il traîne la jambe droite en la portant en dehors. Ensellure peu prononcée.

Poumons, foie, cœur normaux.

Soins. — L'enfant a été soumis à l'extension continue depuis le 22 octobre, avec un poids de 2 kilogrammes d'abord, puis de 3 kilogrammes; l'extension n'a été retirée que quatre jours avant sa mort, c'est-à-dire le 7 décembre, jour de son passage au pavillon Bretonneau.

15 *novembre.* En examinant l'enfant, M. Lannelongue constate l'existence, au niveau de la région crurale externe, d'un petit abcès, profond et peu saillant. Cet abcès n'avait pas été trouvé au premier examen; il a le volume d'un gros marron.

Le 5 décembre, l'enfant est pris de croup, il est opéré le 7 et succombe le 10 décembre à 10 heures du matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Poumons. — Bronchite capillaire, pas de tubercules. L'insufflation ne distend le poumon qu'imparfaitement. Les bronches sont remplies de muco-pus. Un des ganglions bronchiques est caséeux.

Cœur. — A gauche, caillots cruoriques; à droite, caillots fibrineux.

Foie un peu volumineux, il commence à subir une dégénérescence graisseuse.

L'expérience faite sur le sujet sera décrite plus loin, nous donnons d'abord, pour faire suite à l'opération, les altérations de la jointure coxo-fémorale.

La coupe faite pour vérifier les rapports des surfaces par le fait de l'extension continue montre les altérations suivantes :

Tête et col du fémur. — La tête est déformée et aplatie légèrement en haut et en dehors. Le cartilage permanent ne paraît pas altéré ; il est moins épais en haut qu'en bas. Dans le col fémoral, sur la partie inférieure de ce col, existe un foyer tuberculeux jaunâtre de près d'un centimètre de long et de plus d'un demi-centimètre d'épaisseur. Ce foyer présente en certains points, autour de lui, quelques fongosités. Le cotyle nous a paru exempt de tubercules, mais il n'a pas été examiné en détail pour la conservation de la pièce. Il est à noter cependant qu'en haut, en arrière et en dehors, là où s'est exercée la compression avant l'extension continue, le bord du cotyle ou plutôt le fibro-cartilage et le cartilage permanent sont plus mous. La capsule et la synoviale sont en partie fongueuses; la partie postéro-supérieure de la capsule ne se distingue qu'avec peine de la synoviale; elles sont l'une et l'autre fongueuses et molles; les fongosités sont, d'une part, sur le bord du cotyle au point ramolli signalé, et d'autres fongosités s'insinuent entre les surfaces articulaires, dans l'intervalle qui les sépare et qui semble être le résultat de l'éloignement des surfaces par la traction. Ce qui justifie cette opinion, c'est que ces fongosités sont très molles, nullement adhérentes aux surfaces articulaires, et qu'on les déplace aisément ; elles ont, en un mot, rempli le vide existant. Les fongosités de la capsule partent de la réflexion de la synoviale sur le col fémoral. Sur ce point, à leur surface externe, elles donnent naissance à un abcès occupant le côté externe de la cuisse, en boyau, du volume d'une petite pomme d'api. Les parties inférieures de la capsule et de la synoviale, au contraire, sont tendues et appliquées sur la tête fémorale, qui a descendu et repose en partie sur elles. On les voit amincies, et c'est à peine si elles ont subi un commencement de transformation.

Expérience après la mort. — Rappelons d'abord que jusqu'aux quatre derniers jours qui ont précédé la mort, le membre a été soumis pendant une période de quarante-cinq jours à une traction continue par des poids de 2 kilogrammes d'abord et 3 kilogrammes ensuite. Voici d'abord les conditions et les résultats de l'expérience. Elle a été faite le 12 décembre par un temps de neige, le cadavre étant dans un état de conservation parfaite. Le bassin séparé du tronc a été cloué sur une planche ; on a cloué à la fois le rachis et l'osiliaque avec de fortes pointes ; de ce côté, l'adhérence à la planche était complète. La hanche était absolument libre et on pouvait faire exécuter au membre inférieur atteint quelques petits mouvements de flexion, d'extension et même de rotation en

dehors. L'extension a été faite comme sur le vivant à l'aide d'une anse en diachylon appliquée sur la cuisse au-dessus des condyles fémoraux, et maintenue en ce point, ainsi que sur la jambe, mais plus modérément.

Une corde portant 4 kilogrammes s'attachait à l'anse et s'engageait dans une poulie placée à l'extrémité inférieure de la planche.

L'expérience a commencé à 10 heures et demie du matin sans qu'il y ait sur le cadavre la moindre rigidité cadavérique, et elle a duré jusqu'à 7 heures du soir. Le cadavre était dans une pièce chauffée à une température de 20 à 25° en moyenne. A 7 heures du soir, sans cesser l'extension continue, on a procédé à la congélation du membre avec des mélanges réfrigérants, composés de sel marin et de glace et puis d'acide chlorhydrique et de sel marin. Le lendemain, à 9 heures du matin, le membre étant dur comme du bois, paraissant entièrement congelé ; j'ai fait une coupe à la scie dans l'axe approximatif du col fémoral. Cette coupe s'est faite facilement et sans déranger les rapports des parties. Les résultats en ont été immédiatement consignés, et les voici tels qu'ils nous ont apparu.

On aperçoit tout de suite que les surfaces articulaires ne sont pas en contact en haut et au centre. Au centre on peut mesurer 2 millimètres d'écart entre le cartilage de la tête et le cartilage de la cavité cotyloïde. En haut il y a un demi-centimètre d'intervalle entre ces mêmes surfaces. Au contraire, en bas, le cartilage de la tête et de la cavité sont en contact. De plus, en bas, on voit que la capsule est pressée et tendue entre la tête du fémur, tandis qu'en haut l'intervalle existant entre les surfaces articulaires est rempli par une couche de fongosités molles qui ne font que combler le vide. J'ajoute que la tête a subi un mouvement d'abaissement, attendu qu'il y a là près de la moitié de la surface de la tête qui est en dehors du cotyle et que cette partie est arrondie tandis que la supérieure est aplatie.

En résumé, la tête fémorale a descendu et est séparée de la partie supérieure du cotyle par un intervalle important de près d'un demi-centimètre; au centre, il existe un écartement de deux millimètres, il y a bien contact, mais seulement contact en bas. Cette expérience démontre que l'écartement des surfaces sur une jointure malade n'est pas un point de vue chimérique, mais un fait réel. Il importe seulement de faire remarquer que ce n'est pas l'expérience de la dernière heure qui a produit cet écartement, mais bien l'application de la méthode pendant les quarante-cinq jours qui ont précédé la mort; l'expérience en question n'a fait qu'assurer le résultat obtenu sur le vivant. De plus, il

est essentiel de faire remarquer que la capsule, presque entièrement transformée en fongosités en avant, en arrière et en dehors, ne pouvait plus offrir de résistance à la traction exercée.

Discussion.

M. Marc Sée demande à M. Lannelongue si la tête fémorale, qui ne se trouvait plus en rapport direct avec le cotyle, était adhérente.

M. Lannelongue. Nullement.

M. Marc Sée. Mais ce vide entre la tête et la cavité cotyloïde n'était-il pas occupé par quelque tissu?

M. Lannelongue. En effet, il existait des fongosités et un tissu mollasse que je pus, à l'aide de pinces, détacher comme des lambeaux de mouchoir ; il n'y avait pas de liquide dans l'article.

M. Gueniot. Je suis du même avis que M. Sée : il ne pouvait évidemment y avoir un vide réel entre les deux surfaces articulaires.

M. Lannelongue. Il n'y avait pas de vide, en effet.

M. Després. L'intéressante expérience de M. Lannelongue mérite d'être soulignée, car elle nous démontre d'une façon nette, contrairement à l'opinion accréditée jusqu'à présent, elle démontre, dis-je, que les surfaces articulaires peuvent s'écarter l'une de l'autre. Mais comme dans la coxalgie nous cherchons à obtenir la guérison par ankylose, l'extension continue peut s'opposer à ce mode de guérison ou au moins la retarder fortement; donc elle ne doit être employée que pendant un certain temps, surtout au début de l'affection.

M. Verneuil. Deux points me frappent dans la communication de M. Lannelongue : l'écartement d'abord produit par l'extension; mais ce phénomène ne peut se produire que lorsque la cavité cotyloïde a été agrandie et que la tête fémorale a subi un aplatissement notable; toutefois, il est de fait que l'extension continue, bien conduite au début, remédie à la pression réciproque de deux surfaces articulaires atteintes d'ostéite et peut rendre de très grands services en supprimant presque instantanément les douleurs ; mais il n'est pas toujours facile de faire cette traction d'une façon irréprochable : les liens extenseurs blessent souvent le pied, et d'autres endroits du membre inférieur peuvent ne la supporter que difficilement.

J'insisterai aussi sur un second point; dans le dessin que nous montre M. Lannelongue, le col du fémur est perpendiculaire à l'axe de l'os, de telle façon que le grand trochanter, du côté malade, est sensiblement remonté; il en résulte donc un changement de longueur qui peut faire croire à un raccourcissement réel. Cette disposition explique une erreur de diagnostic que j'ai commise et dont je ne dirai qu'un mot. — Appelé auprès d'un malade affecté de coxalgie grave et ayant constaté un raccourcissement de 3 centimètres avec ascension du grand trochanter, je diagnostiquai une subluxation de la tête fémorale, et je proposai la résection; il existait des abcès fistuleux tout autour du bassin. Grande fut ma surprise quand, après avoir mis à nu l'articulation par sa partie postérieure, je trouvai la tête de l'os, d'ailleurs fort malade, renfermée dans sa cavité cotyloïde. Il s'opère donc, à une certaine période de la coxalgie et par le fait de contractions musculaires, une déformation de la tête du fémur qui simule une subluxation de cette tête et qui est produite par une altération analogue à celle que montre le dessin de M. Lannelongue.

Désormais un raccourcissement apparent, même de 3 centimètres, avec ascension du grand trochanter, ne donnera plus le droit de conclure à un déplacement réel de la tête.

M. Trélat. Je désire prendre la parole, non pas sur la communication qui vient d'être faite, mais sur les derniers mots de M. Verneuil. Dans la discussion sur la coxalgie qui eut lieu, il y a trois ans, au sein de notre Société, j'ai soutenu la même opinion; j'ai dit que, dans certains cas de coxalgie, il se produit des déformations qui, portant sur la tête ou le col, changent la position de l'os sans qu'il existe une véritable luxation. On est exposé à confondre cet état avec la luxation de la tête fémorale quand on ne songe pas à cette déformation, qui ne survient qu'à la longue, par suite des ulcérations trophiques et des transformations tardives de l'ostéite tuberculeuse portant sur l'acétabulum ou sur la tête de l'os. Toutefois, ces changements de forme des surfaces articulaires ne sont pas incompatibles avec la guérison. M. Ollier, de passage à Paris alors, appuya cette doctrine.

M. Lannelongue. Je suis tout à fait d'accord avec mes collègues, et les déformations dont la tête fémorale et le col peuvent être le siège chez les coxalgiques sont variées à l'infini, bien que la capsule elle-même ne participe pas à cette transformation. A l'appui de ce que vient de dire M. Trélat, je dirai que je possède des préparations où il y a destruction complète de la tête et du col sans qu'il se soit produit la moindre élimination de séquestre, car le col n'échappe pas à ces modifications et éprouve dans son axe des

changements en vertu desquels il s'abaisse. Toutefois, en ce qui concerne l'angle formé par le col et le corps, il est assez difficile de faire absolument la part de ce qui est normal ou anormal, car cet angle offre des variétés individuelles très grandes. Il suffit même d'un certain degré de rachitisme, quelque modéré qu'il soit, pour déterminer un abaissement fort notable du col; mais tous ces changements d'axe varient avec les différents cas pathologiques, et on en observe souvent qu'on ne peut rapporter à la coxalgie proprement dite, qui, elle, se caractérise par des altérations osseuses précises.

Présentation de malade.

M. Pozzi présente une malade qu'il a traitée avec succès par l'incision pour une *hématocèle rétro-utérine.*

Présentation de malade.

M. Robert (du Val-de-Grâce) présente un militaire auquel il a pratiqué diverses autoplasties de la face, dans le but de remédier à des délabrements produits par une tentative de suicide.

(Renvoyé à la commission chargée de l'examen des travaux des candidats au titre de membre national.)

La Société se forme en comité secret pour entendre :

1° Le rapport de M. Reclus, relatif aux travaux des candidats au titre de membre correspondant national;

2° Le rapport de M. Pozzi, concernant les travaux des candidats au titre de membre associé étranger.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire annuel,

P. Gillette.

Séance du 20 janvier 1886.

Présidence de M. Duplay.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° La *Revue des établissements de bienfaisance* (Recueil mensuel, année 1885) ;

3° *Traité pratique des maladies vénériennes*, par M. le Dr Jullien (2e édition) ;

4° *Essai de cheiroplastie. — Tentative de restauration du pouce au moyen d'un débris de médius*, par le Dr Guermonprez (de Lille) (commission : M. Polaillon) ;

5° *Fistule borgne interne du rectum*, par M. le Dr Dubar (de Lille) (commission : MM. Berger, Reclus, Périer, rapporteur) ;

6° *Recherches sur les accidents que provoque la morve altérée*, par M. Béranger-Féraud, membre correspondant ;

7° *De la trépanation chez les indigènes de l'Aurès (Algérie)*, par M. Védrènes, médecin inspecteur de l'armée, membre correspondant ;

8° Les *Comptes rendus de l'Académie des Sciences* pour 1885, offerts par M. le baron Larrey.

Communication.

M. Després fait une communication sur une observation intitulée :

Rétention des règles dans l'utérus. — Tumeur ombilicale.

M. Després. Je présente à la Société un fait extrêmement remar-

quable d'une lésion connue et dont aucun exemple semblable n'a été produit jusqu'ici; voici l'observation :

Observation. — V... (Eugénie), 14 ans et demi, entrée à l'hôpital de la Charité, le 20 juillet, salle Sainte-Rose; très grande pour son âge, née de parents sains et n'ayant jamais été malade, nous fut confiée par sa mère, qui avait remarqué chez sa fille une tumeur à l'ombilic depuis environ cinq mois.

Cette grande fille n'était point réglée, ce qui ne nous étonnait pas, sa mère nous disant qu'elle n'avait été elle-même réglée que fort tard. La malade ne souffrait nullement, seulement elle disait que de temps en temps elle avait quelques douleurs vagues dans les reins ; il n'y avait aucune gêne de la miction et de la défécation, l'urine était normale.

Lorsqu'on examinait la jeune fille debout, il existait une tumeur en arrière de l'ombilic, remontant un peu au-dessus et offrant une saillie pyramidale. Lorsqu'on examinait la malade couchée, on constatait que la tumeur faisait une plus forte saillie, et son volume appréciable pouvait être comparé à celui d'une grosse orange.

La tumeur paraissait un peu adhérente à la paroi abdominale; mais ce qu'il y avait de singulier, c'est que les muscles droits étaient écartés de la largeur de deux travers de doigt : la tumeur était dure, un peu irrégulière; elle était peu mobile. L'hypogastre, les régions iliaques et les flancs ne présentaient aucune tuméfaction ; la sonorité à la percussion était évidente dans tous ces points. La tumeur ne présentait ni douleur spontanée ni douleur à la pression.

Pour cette tumeur singulière, plusieurs diagnostics se présentaient à l'esprit : une tumeur avec ou sans calcul dans un vestige de l'ouraque, un kyste hydatique transformé ou un sarcome. Aucune raison ne poussait à formuler un diagnostic plutôt qu'un autre. A défaut de l'affirmation de la mère, qui nous répondait de la sagesse de son enfant et nous priait de ménager son innocence, la forme du ventre excluait toute idée de grossesse, à laquelle un de mes anciens élèves, le D[r] Ramonat, avait pensé, ainsi qu'à une rétention des règles; mais il avait fallu renoncer à cette dernière idée en présence d'une tumeur localisée à l'ombilic, très loin de la région utérine.

Sollicité comme nous le sommes toujours par notre entourage, j'ai fait une ponction exploratrice avec le trocart le plus fin possible. Nous avons retiré quelques gouttelettes de sang qui ont été examinées au microscope. Le microscope a trouvé des cellules géantes et de petites cellules rondes embryoplastiques. Il y avait donc quelque apparence que ce put être un sarcome, d'autant plus qu'à ce moment nous avons constaté une petite tumeur sur le côté de la tumeur principale, et qui paraissait être un ganglion ou une tumeur annexe.

Je tins alors la malade en observation, tout en la renvoyant à sa mère, qui me l'amenait tous les 15 jours. Je pris toutefois la précaution de la faire peser, afin de savoir si elle maigrissait, ainsi que cela s'observe chez les malades atteintes de cancer.

Au mois de novembre la tumeur avait un peu augmenté; je repris la

malade dans mon service. A ce moment je fus encore sollicité, c'était un cas à laparotomie où l'on fait le diagnostic sous le couteau. Ce n'est pas, messieurs, ma chirurgie ; je ne fais d'opérations graves que quand j'ai arrêté un diagnostic; je résistai, et j'attendis.

Le 4 décembre, la malade perdit par le vagin du sang rouge, puis noir, sans odeur, et enfin fut inondée dans la nuit du 4 au 5. Le 5, la tumeur, encore appréciable, avait diminué de moitié et on la sentit encore à travers les muscles droits pendant 4 jours. Ce sang noir coula en assez grande abondance et finit par s'arrêter; la malade perdit de son poids. Alors, profitant de la nécessité de nettoyer la malade, je pratiquai le toucher et je constatai l'existence d'un vagin normal et d'un col très petit. Par le toucher rectal, je trouvai un col très allongé, comme un cordon, et ne pus arriver sur l'utérus. Je diagnostiquai alors rétrospectivement une imperforation de la cavité utérine au niveau de l'orifice utérin du col, et pour expliquer, s'il était possible, la présence de la tumeur utérine à l'ombilic, je soupçonnai une malformation de l'utérus, peut-être un utérus bicorne.

A la suite de cette perte, la malade eut un écoulement en blanc peu abondant, non fétide. Elle est sortie le 24 décembre, et je l'ai revue le 10 janvier en bon état; elle avait perdu la veille un peu de liquide roussâtre et perd encore un peu en blanc.

Ce fait est intéressant à trois points de vue.

La rétention des règles produisant une tumeur à l'ombilic, au lieu où on ne l'a jamais rencontrée, chez une jeune fille de 14 ans, est une exception unique. C'est, en effet, de 19 à 23 ans que les règles retenues produisent une tumeur, et cette tumeur est toujours à l'hypogastre.

La précocité d'apparition de la tumeur est un fait de la plus haute importance; l'indolence de la tumeur est encore plus remarquable.

Enfin, l'issue des règles par les seuls efforts de la nature est digne de remarque, et cela enseigne qu'à moins d'apparition d'une tumeur accessible par le vagin, il est peut-être prudent d'attendre un an (en effet, la tumeur de notre petite malade n'a duré que 8 mois).

Le mémoire de A. Puech[1] renferme les observations anciennes des tumeurs de ce genre, et il est possible de voir que dans deux observations de Dupuytren et de Jobert les malades ont été opérées et sont mortes; tandis que deux malades abandonnées à elles-mêmes, et dont une était soupçonnée enceinte, ont parfaitement guéri par suite de la rupture naturelle de l'obstacle. La rupture naturelle de l'obstacle et l'évacuation du contenu de la poche par le fait du retrait progressif de l'utérus est une condition favorable

[1] Puech, *Atrésie des voies génitales de la femme*. Paris, 1864.

que l'on n'obtient pas toujours par une opération. Ce principe a été posé par Velpeau, on le sait, pour l'ouverture des foyers sanguins.

Discussion.

M. Marc Sée. Le fait présenté par M. Després est extrêmement intéressant, et je dois convenir que les événements ont justifié la prudence du chirurgien, qui s'en est tenu à la temporisation. Cependant on aurait pu craindre que l'affection suivit une autre tournure bien moins favorable. La conduite de M. Després a été fort hésitante en présence de l'obscurité du diagnostic. Cédant à la pression exercée par les élèves qui étaient présents, il s'est laissé entraîner à faire une tentative d'exploration qui n'a abouti à rien, car le trocart dont il s'est servi était beaucoup trop fin. Il n'a obtenu que quelques gouttes de liquide sanguin dont l'examen histologique a encore augmenté ses doutes, car, dit-il, outre le sang, il y avait des éléments sarcomateux. Maintenant que nous connaissons le véritable diagnostic, que signifiait la présence de ces cellules ?

A mon avis, M. Després aurait dû s'abstenir d'une façon absolue ou bien employer un moyen diagnostique plus sérieux qui l'aurait conduit à un résultat : il aurait fait la ponction avec un trocart plus gros, ce qui est sans danger, aujourd'hui, avec l'usage des moyens antiseptiques, et une fois fixé sur le diagnostic, grâce à l'écoulement du sang, qui eut indiqué un cas de rétention des menstrues, M. Després aurait tenu une tout autre conduite. Surmontant ses scrupules, qui me paraissent exagérés, en pareille occurrence, il aurait procédé à un examen approfondi de sa malade ; avec l'aide du speculum, il aurait vu que l'obstacle était facile à surmonter, et, introduisant doucement une petite sonde dans l'orifice utérin (ce qui très probablement aurait suffi pour vider la cavité utérine), il eut évité les accidents graves qui sont à craindre, en pareil cas, si heureusement, et je dirais par hasard, la nature n'avait pris le dessus.

Malgré le bon résultat obtenu par M. Després et qu'il attribue à son abstention, je pense qu'il aurait dû ou ne rien faire du tout ou tenter quelque chose après examen de sa malade.

M. Trélat. Le fait de M. Després est curieux en lui-même, j'en conviens, et je me bornerai à me joindre à M. Sée pour les judicieuses observations qu'il vient de nous exposer. Cette malade n'a pas été examinée comme elle aurait dû l'être, car sa virginité ne devait pas être un obstacle à un examen topographique minutieux de la tumeur ; on se serait aperçu alors que la tumeur ombilicale se trouvait reliée à une autre sous-ombilicale et également à une masse pelvienne de même nature ; on se serait bien rendu compte

qu'il ne s'agissait pas de hernie et M. Després aurait été conduit à faire une exploration sérieuse avec des indications précises. Une grande partie de l'intérêt du fait en question consiste surtout dans l'incertitude du diagnostic résultant de l'insuffisance des recherches.

M. Després compare les observations où il y a eu intervention de la part du chirurgien avec celles où il n'est pas intervenu et où la nature a tout fait, et il conclut qu'un plus grand nombre de malades ont guéri spontanément et que la mort a été plus souvent le résultat de l'intervention. Il faut, au contraire, bien se garder de conclure des faits guéris spontanément sans accidents, à d'autres où on est intervenu et où il y a eu des accidents. Les premiers étaient très probablement des faits simples, sans trouble aucun, dans lesquels il ne s'agissait sans doute que d'obstacles légers dont la nature a pu triompher facilement ; les seconds étaient, au contraire, compliqués, avec menace d'accidents, et même avec accidents confirmés, et on a eu besoin d'intervenir. La nature fait tantôt bien, tantôt mal, et nous devons bien nous garder de poser cette formule qu'il faut toujours, en pareil cas, abandonner les malades à elles-mêmes : ce serait souvent une grande faute. Quant à l'hypothèse d'un sarcome, à laquelle un examen histologique aurait conduit M. Després, notre collègue me permettra de lui dire que la constatation microscopique de cellules embryonnaires dans un tissu quelconque ne peut suffire pour poser le diagnostic du sarcome.

M. Després. Lorsque la maladie ne se termine pas par les seuls efforts de la nature, on doit certainement intervenir, mais encore faut-il trouver certaines indications d'intervention, ce qui n'avait pas lieu pour ma malade. Je connais bien les faits de Dupuytren et de Jobert qui, avec succès, ont cherché à pénétrer dans l'utérus par le vagin ; mais quand on ne trouve ni tumeur du petit bassin, ni tumeur du vagin et du rectum, on doit temporiser (car, dans mon cas, si j'étais intervenu je ne serais pas arrivé dans l'utérus), et cela surtout chez une enfant de 14 ans chez laquelle on ne pouvait pas supposer qu'il y eut autant de sang retenu dans les organes génitaux. Nous avons examiné la jeune fille couchée, et plusieurs fois nous nous sommes rendu compte des connexions de la tumeur. Or, il n'existait pas à son niveau une matité absolue à cause des intestins qui se trouvaient placés derrière ; quand on percutait les flancs, il y avait sonorité comme dans les autres régions de l'abdomen ; par conséquent, le diagnostic ici était extrêmement difficile. Je conclus donc qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir dans bien des cas, et que souvent la nature peut à elle seule débarrasser et guérir les malades. M. Sée dit que je n'ai pas fait le diagnostic, parce que je ne me suis servi que d'un petit trocart ; l'emploi d'un

gros trocart eut pu amener un épanchement de sang dans la cavité abdominale.

M. Marc Sée. Alors il valait mieux vous abstenir complètement, car ce que vous avez fait et rien, c'est la même chose.

Présentation d'appareil.

Attelle métallique à placer dans une gouttière plâtrée pour le traitement des résections du genou,

Par M. Lucas-Championnière.

Les appareils proposés pour la résection du genou sont nombreux, sans satisfaire à toutes les indications. On a souvent proposé des appareils à arcs laissant un jour autour de la région réséquée; mais leur immobilisation est imparfaite. M. Championnière a pensé qu'on pouvait combiner avec avantage une gouttière plâtrée avec une attelle métallique à arcs très solide; celle-ci est destinée à être prise dans le plâtre. Lorsque la gouttière plâtrée a été bien faite, elle laisse un large vide autour de la région du genou.

Cette attelle, construite par M. Collin, se compose de deux plaques de métal, rectangulaires et résistantes, percées de trous; une des plaques est en rapport avec la cuisse, l'autre avec la jambe.

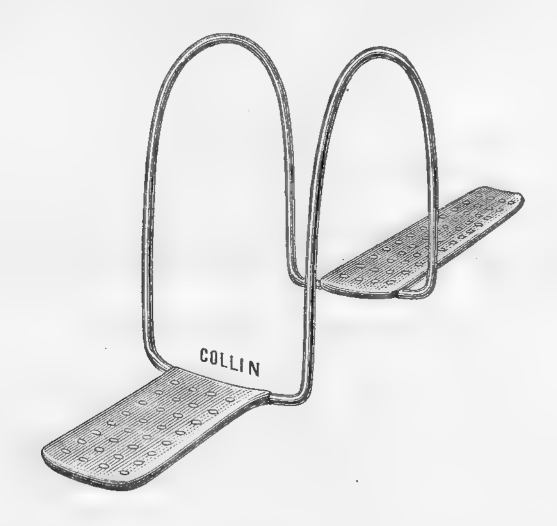
Les deux plaques sont unies ensemble au moyen de deux arceaux métalliques solides. Le plan de ces arceaux est perpendiculaire à celui des plaques. Il résulte de cette disposition que les deux plaques fémorale et jambière sont séparées par un espace vide assez large, qui correspondra à la région poplitée; cette région sera complètement libre et ne reposera par aucun point sur l'appareil contentif. Le tout, en vue de faciliter le pansement sans remuer le membre, et de pouvoir atteindre sans peine le tube à drainage qui sera placé dans le creux poplité.

L'attelle métallique est destinée à être enfermée au milieu de doubles de tarlatane imprégnée de plâtre, la partie jambière disparaissant dans une gouttière qui prendra le pied comme dans toutes les gouttières plâtrées pour fracture. La partie fémorale sera dissimulée dans une seconde série de doubles de tarlatane, et indépendante de la gouttière jambière. De toute l'attelle métallique, les arceaux seuls seront visibles lorsque l'appareil sera prêt à être appliqué.

Cet appareil doit être préparé d'avance sur le membre sain. La difficulté consiste à faire coïncider le genou, c'est-à-dire le lieu du

pansement avec l'espace libre qui sépare les plaques métalliques. Pour arriver à ce but, avant de tailler la tarlatane, il faut placer le membre sain dans l'attelle métallique, selon la position cherchée; puis, sur ce patron ainsi disposé, prendre les mesures nécessaires pour les gouttières de tarlatane. La gouttière jambière sera étendue de l'extrémité poplitée de la plaque jambière jusqu'au pied, qu'elle contiendra ; la gouttière fémorale ira de l'extrémité poplitée de la plaque fémorale, jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, le plus haut possible : il faut éviter ici de faire porter l'ischion sur la plaque métallique.

La tarlatane est taillée, les gouttières prêtes à être trempées dans le plâtre. L'appareil ayant été essayé de nouveau, on imbibe



de plâtre les doubles de tarlatane, on glisse au milieu d'eux les plaques métalliques, et on applique l'appareil à la manière ordinaire, pour qu'il sèche sur le membre sain. Quand le plâtre est sec, on retire l'appareil, en évitant de le briser, et, s'il y a lieu, on le consolide en le badigeonnant à la gomme de Dammar.

L'opération de la résection est terminée; il s'agit maintenant d'immobiliser les segments du membre réséqué. Le malade est toujours endormi ; dès que la plaie est bien protégée, on insinue le membre et son pansement tout fait dans l'appareil, que l'on fixe par une bande roulée. Le pansement doit être accessible sur toute la circonférence du membre, si l'appareil a été bien fait.

Cette attelle a déjà été utilisée sur trois malades du service, à l'hôpital Tenon. Sur quatre autres, dans le courant de l'année, la gouttière plâtrée avec attelle de fil de fer en arrière avait été utilisée. Il a été facile de constater les nombreux avantages de cette

attelle, la facilité du pansement, la solidité de l'appareil. Avec un peu d'habitude, celui qui fabrique la gouttière plâtrée arrive à une grande perfection, comme l'a fait M. Demelin, l'interne du service, pour la gouttière placée sous les yeux de la Société.

Après une courte discussion entre MM. Trélat, Berger, Le Dentu, M. Championnière *répond* que les divers appareils à oreilles existent partout, qu'il ne prétend pas les avoir inventés, mais que le seul intérêt de sa présentation est que les portions métalliques compactes de son appareil sont absolument prises dans l'épaisseur des deux gouttières plâtrées, ce qui établit une véritable *solidarité* entre les deux pièces, c'est-à-dire entre le mollet et la cuisse. Il n'emploie le badigeonnage de cet appareil avec la gomme de Dammar que pour donner plus de solidité à l'appareil.

Présentation de malade.

M. P. Reclus présente une petite malade qu'il a débarrassée, avec succès, d'une bride congénitale de la jambe, en deux temps.

Sur un cas d'amputation congénitale.

M. Reclus. Le 17 octobre 1883, j'ai présenté devant la Société une fillette de 12 mois, à qui je venais d'enlever les deux tiers environ d'une bride circulaire qui étreignait la partie inférieure de la jambe gauche. Cette bride, comme une ligature étroite, avait déjà amené des déformations sérieuses : le pied était plus petit que le pied corespondant, et sur sa face dorsale se constatait un œdème particulier, une sorte d'épaississement lipomateux. A la suite de ma présentation, M. Trélat me conseilla de terminer l'opération et d'enlever le tiers restant de la bride constrictive; quant à M. Després, il considérait l'opération comme inutile, impuissante à arrêter les progrès du mal, et il désirait revoir la petite malade au bout d'une année et demie. J'ai déféré à ces deux demandes.

J'ai enlevé ce qui restait de la bride cicatricielle ; une double incision parallèle, au-dessus et au-dessous du sillon, a séparé la peau déprimée, la rigole profonde ; le tractus fibreux qui l'avait déterminée glissait sans adhérence sur l'aponévrose d'enveloppe. J'ai drainé au crin de Florence, suturé, et, au bout de huit jours, la guérison était complète.

Maintenant M. Després pourra voir que l'opération n'a pas été inutile. Il existe bien un peu d'épaississement sur la face dorsale

du pied; mais celui-ci est maintenant solide, bien conformé, très développé; au lieu d'être plus court que le pied déformé correspondant, il est plus long : la marche, grâce à lui, est facile. Je pense donc que l'opération était indiquée et a été fructueuse.

Discussion.

M. Després. Je suis très heureux de constater l'excellence de ce résultat, mais c'est là une exception.

M. Reclus. Comment cela pourrait-il être une exception? puisque c'est la première fois qu'on a pratiqué cette opération.

M. Després. Pardon, Broca a observé et opéré deux ou trois cas semblables.

Élections.

La Société procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux associés étrangers, de deux correspondants étrangers et de trois correspondants nationaux.

Élections du 20 janvier.

Associés étrangers. Votants, 30; majorité, 16.

M. Tilanus (d'Amsterdam), élu.......... 30 voix.
M. Jacques Reverdin (de Genève), élu.... —

Correspondants étrangers. Votants, 29.

M. Socin (de Bâle), élu................ 29 voix.
M. Tiriar (de Bruxelles), élu............ —

Correspondants nationaux.

1er *tour.* — Votants, 31; majorité, 16.

M. Robert, élu........................ 24 voix.
M. Weiss, élu......................... 16 —

2e *tour.* — Votants, 31; majorité, 16.

M. Guermonprez...................... 14 voix.
M. Guerlain........................... 3 —
M. Jeannel........................... 12 —

3e *tour* (scrutin de ballottage). — Votants, 30.

M. Guermonprez, élu.................. 20 voix.
M. Jeannel.............................. 10 —

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance annuelle du 27 janvier 1886.

DISCOURS DE M. DUPLAY, PRÉSIDENT SORTANT

Messieurs et chers collègues,

En prenant la parole au début de cette séance solennelle, j'obéis à un usage ou, pour être plus exact, à l'un des articles de nos statuts qui oblige le Président, parvenu au terme de ses fonctions, à présenter un rapport succinct sur la situation de la Société.

Vous allez, dans quelques instants, entendre de la bouche de notre secrétaire annuel le compte rendu de vos travaux pendant l'année qui vient de s'écouler, et vous pourrez juger par cette lecture que, sous le rapport scientifique, la Société de chirurgie n'a rien perdu de son activité.

Les séances sont toujours suivies avec assiduité, non seulement par les membres titulaires ou les correspondants de passage à Paris, mais encore par un public de plus en plus nombreux ; les communications, les lectures, les présentations de toutes sortes se succèdent et se multiplient incessamment ; les rapports sont présentés avec une exactitude, une rapidité et une conscience qui ne se retrouvent, on peut le dire, au même degré, dans aucune autre société savante.

Ce n'est donc pas l'ardeur scientifique qui manque à notre compagnie, non plus que l'affluence des travaux, qui est telle que les ordres du jour de chaque séance sont surchargés et ne peuvent jamais être épuisés. Mais cette surabondance de biens, cette sorte de pléthore, dont il y a lieu de se réjouir à certain point de vue, ne laisse pas que d'entraîner quelques inconvénients, au nombre des-

quels je vous signalerai l'impossibilité presque absolue de faire intervenir, dans des séances aussi complètement remplies, ces grandes discussions sur des questions de haute science ou de pratique chirurgicales, qui étaient jadis l'occasion de discours longuement médités et travaillés et qui, à diverses reprises, ont définitivement fixé la science sur un certain nombre de points jusque là controversés. La Société de chirurgie tend de plus en plus à délaisser ces discussions générales qui ont fait sa gloire et qui donnaient une allure vraiment magistrale à quelques-unes de ses séances. Trop souvent, il faut l'avouer, celles-ci sont envahies par des communications d'importance secondaire ou par des discussions improvisées, presque toujours insuffisantes, parfois entièrement stériles, au point de vue du progrès et de la solution définitive des questions soulevées.

C'est là, selon moi, une pente fâcheuse sur laquelle il serait dangereux de se laisser glisser, car elle aboutirait peut-être à diminuer l'intérêt et à compromettre l'autorité de nos travaux. Peut-être serait-il possible de réagir contre cette tendance en introduisant quelques modifications dans la direction et l'organisation de nos séances? Je lègue cette tâche à mes successeurs, persuadé qu'ils sauront la remplir mieux que je ne l'ai pu faire.

Quoi qu'il en soit, vous me pardonnerez, je l'espère, cette légère critique, qui m'est inspirée par mon ardent désir de voir la Société de chirurgie ne rien perdre de son ancien et légitime renom.

Messieurs, il m'est doux de constater que l'année qui vient de finir n'a fait aucun vide dans les rangs de nos membres titulaires. Mais nous avons à déplorer la perte de deux de nos correspondants.

M. Parise, professeur honoraire de l'École de médecine de Lille, est mort dans un âge avancé, après une longue et laborieuse carrière. Vous connaissez tous les importants travaux qui l'avaient fait admettre au nombre de nos correspondants nationaux. Je crois être l'interprète de la Société en payant ici à la mémoire de ce vénéré collègue un juste tribut d'hommage et de regret.

Nous avons également appris avec peine la mort du professeur Mazzoni, de Rome, qui était correspondant étranger.

Deux de nos correspondants nationaux, MM. Mascarel (de Châtellerault) et Debrou (d'Orléans) ont cessé de faire partie de notre Société et ont envoyé leur démission.

Enfin, l'un de nos collègues les plus aimés et les plus actifs, M. le professeur Verneuil, a demandé à échanger son titre de membre titulaire pour celui de membre honoraire. Nous n'avons pas hésité à lui donner, à l'unanimité, cette satisfaction, bien que

nous voyions avec peine s'éloigner de nous un de nos plus illustres maîtres, un de ceux qui ont le plus puissamment contribué à l'élévation de la Société de chirurgie. Mais nous espérons bien que, pour M. Verneuil, l'honorariat n'est pas synonyme de retraite, et qu'il continuera à faire profiter la Société de ses savants conseils et de sa grande expérience.

Le titre de membre de la Société de chirurgie est toujours recherché avec la même ardeur, et nous voyons les jeunes chirurgiens des hôpitaux briguer à l'envi cet honneur. Deux élections de titulaires ont eu lieu cette année, et vos suffrages ont désigné pour vos nouveaux collègues MM. Humbert et Kirmisson: je suis heureux de les féliciter et de leur souhaiter la bienvenue parmi nous.

En outre, dans notre dernière séance, MM. Robert, agrégé au Val-de-Grâce, Weiss, professeur à la Faculté de Nancy, et Guermonprez, de Lille, ont été nommés correspondants nationaux; MM. Socin, de Bâle, et Tiriar, de Bruxelles, correspondants étrangers; MM. Tilanus, d'Amsterdam, et Jacques Reverdin, de Genève, associés étrangers.

Nous disposons aujourd'hui de plusieurs prix, dont la valeur numéraire, indépendamment de l'honneur d'être lauréat de la Société de chirurgie, est de nature à solliciter le zèle des compétiteurs. Cependant leur nombre n'est pas encore aussi grand qu'on pourrait le souhaiter, ce qui tient peut-être à ce que l'existence de ces prix, malgré tous nos efforts de publicité, n'est pas encore suffisamment connue du public. Pour chacun des prix Demarquay, Gerdy, Laborie, deux mémoires ont été adressés à la Société, et, pour le prix Duval, les candidats étaient au nombre de trois. Les rapports sur les divers travaux présentés à ces concours vous ont signalé des œuvres remarquables et dignes d'être récompensées. Les noms des lauréats seront proclamés dans quelques instants.

A l'occasion du prix Duval, je suis chargé de vous faire une communication qui sera, j'en suis sûr, favorablement accueillie. Dans une lettre que j'ai reçue hier, notre excellent collègue, M. Marjolin, qui, comme vous le savez, a joué un rôle important dans la création de ce prix, me charge d'annoncer à la Société qu'à dater de l'année 1886 le prix Duval sera porté de 100 francs à 300 francs, à ces conditions que rien ne sera changé à l'ancien programme et que pour aucune raison ce prix ne pourra être partagé.

Au nom de la Société de chirurgie, votre Président adresse à M. Marjolin l'expression de sa gratitude pour cette généreuse innovation.

Nous devons aussi des remerciements à notre collègue, M. Lar-

rey, qui, comme chaque année précédente, a enrichi notre bibliothèque de nombreux volumes.

Il me reste, enfin, Messieurs, à vous entretenir de nos finances, qui se trouvent, je puis le dire, grâce aux soins de notre trésorier, dans un état de prospérité parfaite. Chaque année se solde assez régulièrement par un bénéfice d'un millier de francs ; cette année même, par suite de l'augmentation du nombre de nos sous-locations, notre bénéfice sera de 1,500 francs. Cet excédent sera placé en rentes sur l'État à 3 0/0 ; et, à l'heure actuelle, la Société de chirurgie possède une rente de 2,500 francs, sans compter, bien entendu, le montant des prix.

Permettez-moi, Messieurs, en terminant cette courte allocution, de vous renouveler mes biens sincères remerciements pour le grand honneur que vous m'avez fait en me chargeant de diriger vos travaux pendant l'année 1885. J'aurais voulu pouvoir remplir cette tâche, que votre bienveillance habituelle me rendait si douce et si facile, avec plus d'exactitude, et j'ai maintes fois regretté que l'exercice de devoirs publics, auxquels je ne pouvais me soustraire, m'obligeât à déserter le fauteuil de la présidence. Mes regrets, il est vrai, ont été atténués par la pensée que ma place était si bien remplie par celui qui devait me succéder et que vos suffrages unanimes ont désigné pour votre futur président.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1885.

Par M. P. GILLETTE, secrétaire annuel.

Messieurs,

Le règlement de notre Société oblige chaque année le secrétaire à vous exposer le compte rendu de vos séances : je m'y soumets volontiers, mais, pardonnez-moi ma franchise, cet usage me semble, à moi comme à beaucoup d'entre vous, assez banal, car, dans l'analyse qui m'est imposée, je n'ai qu'à répéter ou mieux à résumer des travaux d'une grande importance, des discussions d'un intérêt majeur qui perdent à être tronquées ou simplement mentionnées d'une courte phrase insignifiante. Tous ces travaux, toutes ces discussions qui sont vôtres, vous les possédez bien mieux que votre secrétaire et c'est lui qui est chargé de vous les rappeler d'un mot ou d'une ligne ! C'est là une

tâche, sinon inutile, du moins fort ingrate, car il encourra toujours le reproche d'en dire trop ou trop peu. — N'y aurait-il pas moyen de supprimer cet exposé un peu monotone, et ne serait-il pas plus neuf, plus original, comme j'en ai conféré un jour avec notre nouveau secrétaire général, de vous présenter, par exemple, un rapport détaillé des nombreux *mémoires*, très travaillés, et des *thèses* de premier ordre qui vous sont envoyées pour les prix de la Société et que la plupart d'entre vous ne connaissent à peine que de nom : on pourrait même ne choisir que ceux qui ont été couronnés.

C'est une simple idée, Messieurs, que j'ose vous soumettre, sans avoir le droit de la discuter devant vous. — Après ces quelques mots, que je vous prie de me pardonner, je commence mon compte rendu *obligatoire* qu'il m'a été impossible de rendre plus court.

Les **affections osseuses et articulaires, amputations et résections** ont occupé une très grande place dans vos travaux.

MM. Polaillon et Nicaise vous ont communiqué deux faits d'*ostéosarcome* fort intéressants : le premier envahissait la clavicule et nécessita la résection des trois quarts externes de l'os ; la guérison eut lieu avec conservation de tous les mouvements du bras. L'observation de M. Nicaise a trait à un *ostéosarcome du maxillaire inférieur* pour lequel une partie de l'os fut réséquée avec isolement complet de la cavité buccale et réunion par première intention à l'aide du pansement iodoformé. MM. Sée et Reclus, dans une courte discussion, ont fortement préconisé l'iodoforme dans le pansement des cavités muqueuses.

Une observation de *fracture spontanée du fémur* attribuée à tort à un ostéosarcome, comme les événements ultérieurs l'ont prouvé, a été lue par M. Humbert et fut l'objet d'un rapport de M. Terrillon, suivi d'une longue discussion à laquelle ont pris part MM. Verneuil, Després, Le Dentu, Trélat, Horteloup, Gillette et Duplay. M. Terrillon a communiqué plus tard une note complémentaire d'après laquelle il ne semblait plus douteux qu'on eût affaire à une *ostéomyélite accompagnée de fracture consolidée.* C'était un malade de concours du Bureau central qui avait bien embarrassé juges et candidats.

Le *genu valgum* a été l'objet d'une présentation de malade par M. Trélat : il avait été opéré par ostéoclasie et était de nature paralytique. Un autre cas, également traité par l'ostéoclasie, a été montré par M. T. Anger et fut l'objet d'une courte discussion entre MM. Delens, Gillette et Duplay, ce dernier paraissant, depuis les insuccès qu'il a obtenus par cette méthode, préférer de beaucoup

l'ostéotomie : M. Delens vous en a également présenté un exemple où l'ostéoclasie a donné un bon résultat.

Enfin, M. Le Fort nous a exposé la description d'un appareil ingénieux avec lequel il a obtenu un très beau succès chez un enfant affecté de double genu valgum.

Une communication de M. Nepveu sur les *suites éloignées de la désarticulation du genou* et dans laquelle notre collègue ne conclut guère en faveur de cette opération, d'après les faits recueillis dans le service de M. Verneuil, a donné lieu à une discussion intéressante et à la lecture de deux notes : l'une de M. Chauvel qui, au contraire, regarde la désarticulation du genou comme une bonne opération ; l'autre de M. Farabeuf qui, en anatomiste et opérateur scrupuleux, discute le pour et le contre au point de vue de l'opération seule et des résultats que donne le moignon.

M. Farabeuf, à l'aide de pièces anatomiques et de ligaments artificiels ingénieusement préparés, vous a fait une communication qu'il intitule modestement « *De l'anatomie, de l'articulation scapulo-humérale* » et où il vous a décrit, avec sa clarté habituelle, le jeu des ligaments dans la fracture du col de l'omoplate par arrachement, l'agent ligamenteux de la réduction des luxations antérieures, par le procédé de Kocher, et enfin une nouvelle espèce de luxation en bas et en arrière, dite sous-tricipitale.

Je citerai encore une présentation de malade atteint de *fracture avec luxation de la phalangine du deuxième orteil sur la phalange*, par M. Poulet ;

Un mémoire de M. Bablon, médecin-major à Chambéry, intitulé : *Contribution à l'étude des luxations des métacarpiens*, sur lequel M. Chauvel a fait un rapport ;

Une autre communication de M. Farabeuf sur la *spondylolisthésis*, qui lui avait été inspirée par la présentation d'une série de photographies offertes par M. Pozzi, au nom de M. Franz Neugebauer. M. Hergott, de Nancy, a également pris la parole sur ce sujet qui lui est si familier, et a conclu que l'altération du corps vertébral détermine l'affaissement de la colonne sur l'ouverture du bassin (*spondylizème*) tandis que l'altération de l'arc vertébral détermine la disjonction de la colonne, et par suite son glissement dans la cavité (*spondylolisthésis*) ;

Une observation de *luxation du coude en arrière*, réduite avec succès, 158 jours après l'accident, par M. Ch. Nélaton ;

Une *fracture de rotule*, traitée seulement à l'aide de l'appareil ouaté compressif, par M. Després, qui vous a montré, dans cette pièce, un exemple fort remarquable de consolidation osseuse ;

Un *corps étranger articulaire* du genou, très volumineux, opéré

et guéri par M. Tillaux, à l'aide de l'incision, à ciel ouvert, suivi de pansement antiseptique;

Un crâne offrant une *tuméfaction osseuse* curieuse et professionnelle chez les scieurs de long, par M. Poncet, qui a insisté sur l'importance de cette tumeur osseuse au point de vue de l'identité en médecine légale;

Une pièce pathologique peu commune, recueillie au Val-de-Grâce, par M. Poulet, et qui a trait à une *luxation traumatique ovalaire ancienne de la hanche* avec nouvelle production de cavité cotyloïde.

Je vous mentionnerai encore d'une façon toute spéciale en les rapprochant l'une de l'autre deux observations : l'une de M. Bertin (de Gray), *ostéomyélite prolongée du tibia droit suivie de trépanation et d'évidement, abcès du grand trochanter et de l'humérus du même côté avec élimination d'esquilles suivie de guérison ;* l'autre de M. Championnière, qui vous a présenté un malade guéri d'une *ostéomyélite du tibia gauche*, avec trépanation du tibia, *ouverture du genou, puis ostéotomie sous-trochantérienne du fémur du côté opposé.*

Ce dernier cas était vraiment d'un grand intérêt et l'atrophie des muscles précédant l'apparition des accidents inflammatoires a été le point de départ d'une discussion entre MM. Trélat, Le Dentu, de Saint-Germain, Poulet, Nicaise, Reclus et Lucas-Championnière. M. Trélat a insisté sur ces faits rares d'atrophies musculaires précédant les lésions osseuses et articulaires.

M. Périer vous a présenté, par l'intermédiaire de M. Lucas-Championnière, un *appareil destiné à faciliter la traction continue sur le membre inférieur* et cette même traction a fourni à M. Lannelongue l'occasion de vous lire un court mémoire, mais nouveau et bien original sur la *tension dans les abcès tuberculeux* et l'*élévation de cette tension dans les abcès symptomatiques de la coxalgie lorsqu'on traite cette affection par la méthode de l'extension continue.* D'après les recherches très curieuses de notre collègue, l'augmentation de tension des abcès, par l'extension continue, est un fait avéré, vérifié, démontré.

Continuant ses recherches et ses intéressantes expérimentations, M. Lannelongue est venu encore vous présenter un second mémoire sur *les effets de la méthode de traction par les poids (extension continue) sur les articulations malades et la coxalgie tuberculeuse en particulier.*

Le fait d'écartement des surfaces articulaires a été généralement admis par les membres qui ont participé à la discussion, c'est-à-dire MM. Verneuil, Trélat et Després ; ce dernier, cependant, pense que ce n'est qu'au début que doit agir l'extension, car elle

empêcherait plus tard l'ankylose de se former, comme moyen ultime de guérison.

L'intéressante communication de M. Berger, sur l'*arrêt de développement du membre inférieur consécutif à une pseudarthrose des os de la jambe remontant à l'enfance*, a été suivie d'objections formulées par MM. Duplay, Trélat, Poulet, qui penseraient que cette atrophie dépend plutôt d'une lésion nerveuse primitive. Il faut attendre l'examen histologique des nerfs et de la moelle avant de se prononcer. M. Berger, toutefois, garde son opinion absolue au point de vue de la cause de l'atrophie.

Il serait beaucoup trop long de vous mentionner, en détail, les travaux relatifs aux *amputations et résections*, mais je ne puis pas cependant passer sous silence, en raison de leur valeur :

La note de M. Robert (du Val-de-Grâce), sur le résultat d'*une amputation sous-périostée*, la communication de M. Duménil (de Rouen), sur *une double amputation successive* nécessitée par une gangrène, amputation sous-périostée suivie d'*ostéophyte volumineuse* sur laquelle M. Trélat a émis des doutes, au point de vue de la cause admise par M. Duménil; — une *résection tibio-tarsienne* avec conservation de la malléole externe par M. Polaillon ; — une *résection du corps du sternum*, par M. Le Fort; — une *résection du poignet*, par M. Polaillon et qui a donné, on peut le dire, un résultat parfait pour une opération aussi mauvaise en général ; — enfin quatre cas d'opérations d'Estlander, par MM. Bouilly, Poulet, Delorme, avec trois guérisons, car les côtes réséquées jusqu'à la première inclusivement, que M. Delorme nous a présentées tout récemment, avaient été opérées la veille de sa communication et nous ne savons ce qu'est devenu le malade. Du reste, l'engouement primitif qui existait pour l'opération d'Estlander s'est un peu atténué, car vos *Bulletins* de l'année dernière sont plus riches en faits de cette nature que ceux de cette année.

Mentionnons enfin, pour terminer ce qui a trait au système osseux, une présentation d'une malade chez laquelle M. Pozzi a pratiqué une résection pour une *ankylose rectiligne*, et un long rapport de M. Le Dentu, sur un grand nombre d'observations envoyées par M. Bruch (d'Alger), parmi lesquelles je relèverai une *amputation pour une gangrène diabétique* qui a attiré l'attention de M. Verneuil au point de vue de l'influence du paludisme sur la gangrène.

Vous le voyez, Messieurs, les travaux sur la chirurgie des os ont été très nombreux, ceux qui sont relatifs à la **gynécologie** le sont encore bien davantage, aussi abrégerai-je le plus possible.

M. Terrillon, après vous avoir fait une lecture bien fournie, avec

observations, tableaux, statistiques, sur l'*incision exploratrice dans les tumeurs abdominales* qui provoqua une discussion entre MM. Monod, Marc Sée, Terrier, Lucas-Championnière, Polaillon, Trélat, d'où il résulte que l'incision simple n'offre que peu de danger, tandis qu'elle en présente beaucoup plus avec manœuvres prolongées; M. Terrillon, dis-je, avec l'ardeur infatigable que vous lui connaissez, vous a fait deux longues communications : l'une sur les *récidives cancéreuses après l'ablation de quelques kystes de l'ovaire*, l'autre *sur la récidive des kystes de ce même organe* : — à la suite de la première, une discussion entre MM. Verneuil, Monod, Terrier, Nicaise, Lucas-Championnière et Gillette se termina par l'accord sur ce fait : que la récidive en pareil cas est rare et que, si elle survient, c'est que la structure de ces tumeurs n'est pas la même, bien qu'on les range presque toutes sous la dénomination d'épithélioma : puis M. Polaillon et M. Horteloup vous ont lu, sur le même sujet et la généralisation du néoplasme, deux observations intéressantes. — L'autre communication de M. Terrillon sur les *récidives des kystes de l'ovaire*, appuyée d'une nouvelle observation de M. Terrier, prouve, comme ce dernier l'a dit, que l'examen histologique peut donner le droit d'émettre des doutes sur la possibilité d'une récidive de tumeur sarcomateuse.

Les *kystes du parovarium* ont aussi attiré votre attention. — Les observations de MM. Polaillon et Terrillon, le rapport du premier sur un fait envoyé par M. le Dr Cauchois (de Rouen), sont de nature à ne plus laisser croire, comme autrefois, à la guérison complète, après la ponction simple, et prouvent qu'ils doivent, pour la plupart, être traités par l'ovariotomie, comme MM. Terrier, Lucas-Championnière, Anger, Terrillon, en ont posé la conclusion dans la discussion qui a eu lieu. — M. Désormeaux a cité cependant plusieurs cas de guérison durable après la simple ponction.

Je citerai aussi le remarquable rapport de M. Terrier sur une observation de M. Quénu de *tumeur végétante des deux ovaires avec fibrome utérin traitée* par l'*ovario-hystérectomie suivie de succès* et *sur l'ascite dans les tumeurs abdominales*. Contrairement à M. Terrillon qui pense que l'ascite est possible dans les kystes ovariques simples, M. Terrier croit que l'existence de végétations intra ou extrakystiques est nécessaire à la production du liquide ascitique : cette opinion a été chaudement appuyée par M. Duplay dans une discussion à laquelle ont pris part MM. Lucas-Championnière, Verneuil, Pozzi, Reclus, Marchand et Terrier.

L'opération de Battey n'a été admise par vous qu'avec des réserves, malgré les deux guérisons (sur trois opérations) obtenues par MM. Terrillon et Terrier, la troisième malade de M. Terrillon ayant succombé, 40 jours après, par étranglement interne.

Un cas d'*ovariotomie* heureuse pour un *kyste dermoïde de l'ovaire* et un d'*hystérectomie sus-vaginale* pour fibrome utérin, opéré avec succès, ont été présentés par M. Monod ; — enfin, M. Terrier a attiré votre attention par un long Mémoire sur l'*influence des ovariotomies doubles dans la menstruation.* Une discussion entre MM. Championnière, Tillaux et Terrier les a amenés à conclure que si la menstruation continue, après la castration double, c'est qu'on a laissé probablement un fragment d'ovaire. Toutefois M. Tillaux, dans le fait qui lui est personnel, était bien sûr d'avoir enlevé les deux organes. M. Duplay a rappelé, à cette occasion, qu'une cause de la persistance des menstrues pourrait bien être rapportée à l'existence d'ovaires supplémentaires, Reigel ayant constaté leur présence 22 fois sur 500 autopsies.

J'arrive maintenant à l'*hystérectomie vaginale* pratiquée pour cancer.

MM. Tillaux et Terrier furent heureux de venir vous offrir les deux premières opérations de cette nature, avec succès obtenus à Paris. M. Trélat vous fit bientôt part d'un troisième succès, et un quatrième malade opéré par moi, et dont je vous ai lu l'observation, avait eu le même résultat. — Tant de bonheur ne pouvait pas durer. — Les autres malades opérées par MM. Terrier, Gillette, Le Dentu et Richelot succombèrent, et, dans une de vos dernières séances, M. Tillaux annonçait, à son grand regret, que la récidive n'avait pas tardé, au bout de six semaines, à entraîner la mort de sa malade, au moment où M. Terrier venait nous communiquer une nouvelle guérison obtenue par lui. M. Tillaux, pour employer son expression, se trouve un peu refroidi en ce qui concerne l'hystérectomie vaginale, et préfère la section cunéiforme du col et du corps utérin; M. Després fulmine contre une opération aussi meurtrière, et M. Verneuil partage les craintes de M. Tillaux. — Dans la dernière discussion à laquelle ont pris part MM. Tillaux, Richelot, Verneuil, Després, Duplay, Pozzi et Terrier, M. Duplay a préconisé le procédé de Schrœder (de Berlin) pour faciliter la ligature des ligaments larges ; M. Pozzi a conseillé, dans cette ligature, de s'éloigner le plus possible du bord utérin, ce qui est difficile. M. Richelot a recommandé l'usage de longues pinces à forcipressure placées à demeure pendant 24 heures (Spencer-Wells les laisse 48 heures) pour éviter les hémorrhagies si à redouter à la suite de la ligature difficile, quoi qu'en dise M. Marchand, des ligaments larges. M. Terrier, dans cette discussion, a posé des conclusions fort raisonnables, à savoir que l'opération ne doit pas être considérée comme mauvaise, puisque des succès en nombre ont été obtenus, mais qu'il faut la continuer pour avoir des faits plus nombreux et surtout perfectionner le manuel opératoire. Tout récemment, j'ai

appris qu'un nouveau succès de M. Marchand vient s'ajouter aux faits précédents.

Pour terminer ce qui touche à la *gynécologie*, je vous signalerai l'intéressant rapport de M. Berger sur l'observation d'*imperforation congénitale de l'hymen et de rétention du sang dans l'utérus*, lue par M. Segond. M. Berger conclut à l'évacuation rapide de la cavité de rétention et au lavage antiseptique. Cette observation est encore curieuse en ce sens que bien que l'utérus fût très élevé, il n'en est pas résulté de déviation ultérieure, comme l'a craint M. Guéniot.

Je placerai aussi, à côté de ce cas, un autre très intéressant et bien plus difficile à diagnostiquer, présenté par M. Després, et dans lequel il s'agissait de *rétention des règles dans l'utérus avec tumeur ombilicale*. Notre collègue a profité de la circonstance pour incriminer le microscope qui l'avait induit en erreur après une ponction aspiratrice faite dans la tumeur ;

Une observation de *procidence utérine* traitée par la kolpopérinéorrhaphie, que je trouve dans le rapport de M. Le Dentu sur plusieurs cas envoyés par le Dr Bruch (d'Alger) ;

Un rapport de M. Terrier sur une *inversion utérine*, traitée avec succès par la bonne ligature, à traction élastique, de notre collègue M. Périer ;

Une présentation de malade guérie par incision d'une hématocèle péri-utérine, par M. Pozzi ;

Un rapport de M. Terrillon sur deux cas de *périnéorrhaphie* avec guérison, fait à l'aide du procédé d'Emmet, par M. Kirmisson ;

Enfin, une communication que M. Marc Sée vous a lue sur la *périnéorrhaphie* à la suite de son rapport sur le travail de M. Schwartz.

Tel est le résumé bien succinct des travaux que vous avez fournis à la Société, en ce qui concerne les affections des organes génitaux de la femme.

Le contingent des **affections des organes génito-urinaires** chez l'homme n'est pas moins considérable et varié que celui de la gynécologie.

La *taille hypogastrique* a attendu longtemps avant d'être réhabilitée ; elle l'est maintenant d'une façon définitive, car je n'ai qu'à citer l'observation qui vous a été envoyée par M. Zancarol et intitulée : *Suture de la vessie dans la taille suspubienne*, — celle de M. Dieu, médecin de l'hôpital du Dey, d'un *volumineux calcul vésical remontant à l'enfance* et guéri par la même taille, — une autre de M. Guerlain, qui traita par le même moyen un enfant de 8 ans atteint d'un gros calcul ; — une observation bien curieuse de M. Po-

laillon ayant trait à une disposition du péritoine telle (il vous a montré la pièce et les dilatations énormes des uretères) que l'incision suspubienne porta sur le ballon de Petersen; — enfin une communication de M. Terrillon, fort intéressante, de *taille hypogastrique, succédant à la lithotritie*, pour extraire 5 *calculs* situés dans une loge occupant la partie supérieure de la vessie, suivie de guérison. Une discussion eut lieu entre MM. Terrier, Terrillon et Monod, qui a rapporté un fait analogue qu'il a observé et opéré dans sa pratique. — M. Monod vous a fait aussi un rapport sur deux observations envoyées par MM. Maréchal et Pousson, intitulées : *Calculs enchatonnés de la vessie*. — Dans le premier cas, celui de M. Maréchal, on choisit la taille périnéale; — dans le deuxième, la taille suspubienne. Les deux succès furent complets. Cet excellent rapport provoqua une longue discussion dans laquelle M. Després rappela un cas de guérison obtenue par lui, avec la taille hypogastrique pour ce calcul enchatonné de la vessie, et MM. Polaillon, Trélat, Richelot et Monod se montrèrent partisans convaincus de la taille suspubienne. — MM. Le Dentu et Pozzi vous ont montré, le premier, une belle aquarelle de Leveillé représentant trois pierres enkystées; le second, une pièce analogue où le calcul enchatonné, longtemps toléré, a donné lieu à de très graves accidents.

Comme *corps étrangers de la vessie*, je dois citer un rapport de M. Monod, à propos d'un travail du regretté Henriet, sur une *étude expérimentale relative à la position des corps étrangers de forme allongée dans la vessie*, — une observation de M. Le Dentu d'*extraction d'un corps étranger de la vessie par la boutonnière périnéale, suivie de la dilatation de la prostate; cicatrisation en 20 jours*, observation suivie d'une autre, aussi intéressante, de M. Berger, sur l'*extraction de tuyaux de pipe* par la voie périnéale avec guérison. — Cette deuxième observation fut encore suivie d'une autre due à M. Trélat; il s'agissait également d'un *tuyau de pipe introduit par les voies naturelles et qui détermina une perforation de l'uretère droit et une infiltration urinaire mortelle*. Dans ces cas, MM. Berger et Le Dentu préfèrent la taille périnéale; M. Terrier préconise au contraire la taille supérieure qui est, selon lui, moins grave. Nous rapprocherons des faits précédents le rapport de M. Reclus sur une observation envoyée par M. L. Sentex (de Saint-Sever) d'*extraction de 32 calculs logés dans la région membraneuse et prostatique du canal de l'urèthre*.

M. Chauvel vous a fait lecture d'un cas très intéressant de M. Cauvy (de Béziers) de *rupture de l'urèthre survenue à la suite d'une dislocation de la symphyse du pubis*, avec périnéotomie et guérison.

M. Cabadé, de Valence-d'Agen, vous a envoyé également une ob-

servation de *rupture de l'urèthre*, sur laquelle M. Terrier a fait un rapport. A ce sujet, et dans une discussion à laquelle ont pris part MM. Tillaux, Le Fort, Bouilly, Sée, Horteloup, Terrier, M. Championnière s'est montré partisan de la recherche immédiate du bout postérieur avec suture du périnée, opinion que votre secrétaire n'a pas entièrement partagée.

Je mentionnerai encore un travail de M. Segond, avec rapport de M. Reclus, sur *les avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et péri-prostatiques* et une communication de M. Bouilly sur le *grattage dans le cas de prostate tuberculeuse*.

M. Polaillon vous a fait un rapport sur un travail de M. Ferret (de Meaux), intitulé : *Note sur la nature et l'étiologie* de certains cas de fièvre urineuse; enfin, je vous ai entretenu d'un malade atteint de *varicocèle* et opéré par l'ingénieux procédé de notre vice-président. M. Horteloup a profité de l'occasion pour vous montrer un moule Baretta ayant trait au même sujet.

La *néphrectomie* vous a fourni six cas, tous opérés pour pyélonéphrite calculeuse par la voie lombaire : M. Trélat a apporté deux faits, une guérison, une mort; MM. Le Dentu, Monod, Championnière, Polaillon, une guérison chacun. Voilà une belle statistique qui vaut bien celle de l'*hystérectomie*. A la suite du malade présenté par M. Polaillon, M. Le Dentu a discuté sur le choix de la méthode opératoire et la valeur de l'incision rectiligne ou curviligne qu'il a adoptée complètement.

Si les travaux sur le **système nerveux** sont moins nombreux que les précédents, ils n'en sont pas moins constitués par des faits d'un intérêt réel.

Je signalerai un travail très original de M. Kirmisson *sur la coïncidence entre les traumatismes crâniens et certains états pathologiques du côté de l'encéphale et notamment le tubercule*, qui a été l'objet d'un rapport de M. Terrillon ; — un autre rapport de M. Polaillon sur une observation de M. Ferret (de Meaux), relative à *une plaie par arrachement du coude avec solution de continuité du médian et le remplacement consécutif de ses fonctions par le cubital;* — la présentation par M. Terrillon d'un malade atteint de *troubles de la motilité et de la sensibilité succédant à un traumatisme sans lésion nerveuse appréciable et pouvant*, suivant notre collègue, *se rapporter à l'hystérie ;* — un rapport de M. Berger sur une observation de M. Kirmisson : *Plaie de la région dorsale de la moelle par instrument tranchant; fragment de lame de couteau de* 6 *centimètres entre la septième et la huitième côte* — une observation de *commotion et probablement de contusion légère du cerveau,*

due à M. Fleury (de Clermont), et dont votre secrétaire général vous a donné lecture.

Mais c'est surtout le *tétanos* et son traitement par le chloral, sujet favori de M. Verneuil, qui a occupé deux de vos séances.

M. Verneuil a fait d'abord un court rapport sur un cas de *tétanos traumatique*, traité heureusement par le chloral à hautes doses par M. Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Ce rapport a été suivi d'une discussion entre MM. Richelot, Sée, Poncet, Terrier. M. Terrier, sans produire aucune objection à ce mode de traitement, ne lui accorde pas (et il donne ses preuves) autant d'efficacité réelle que le veut bien M. Verneuil. Cette méthode n'en reste pas moins jusqu'à présent le plus sûr moyen de traiter cette terrible affection avec quelques chances de succès.

Dans un second rapport beaucoup plus substantiel, M. Verneuil a analysé les diverses observations adressées à la Société par MM. Ballu, Cauchois, Demmler, Méplain, Pousson et Robuchon, et termine en disant que la médication chloralo-opiacée donnera sans doute, dans la suite, des succès de plus en plus nombreux.

Un autre travail fort original vous a été lu par M. Larger sur l'*étiologie du tétanos*, travail dans lequel notre collègue, à propos d'une petite épidémie de tétanos sur les chevaux à Achères, a cherché à établir que cette affection, assimilable à la rage, est *épidémique* et *contagieuse*. Dans la discussion, M. Terrier a rappelé que M. Nocard (d'Alfort) a fait des expériences absolument négatives au point de vue de la contagion, en broyant des portions de bulbe de tétaniques et en les injectant dans le système circulatoire.

Cette contagion apparente provient de la façon dont les vétérinaires se comportent avec les chevaux qu'ils viennent de castrer et qu'ils envoient dans des terrains humides sans les panser. Malgré les trois observations de M. Polaillon qui pourraient, à la rigueur, faire soupçonner la contagion, tous les orateurs qui ont pris part à cette discussion, MM. Després, Trélat, Terrier, etc., ont repoussé à peu près absolument l'idée de contagion en pareil cas ; de sorte que nous n'en sommes encore qu'à dire en présence du tétanos et en ce qui concerne son étiologie : *cherchez le microbe*. Je crois que M. Larger serait bien aise de le trouver.

L'étude des **affections du tube digestif** et de la paroi abdominale est moins fournie en travaux.

Je n'ai guère à vous rappeler pour l'étranglement herniaire que les trois observations suivantes :

Celle de M. Després : *hernie étranglée; gangrène; anus contre nature; opération; guérison ;*

Celle de M. Périer : *hernie étranglée abandonnée à elle-même,*

terminée par la formation d'un anus contre nature temporaire, puis d'une fistule stercorale; opération; guérison;

Celle de M. Bouilly : *fistule stercoro-purulente; suture intestinale; insuccès de la suture; mort rapide*, à propos de laquelle MM. Verneuil et Duplay ont préconisé l'emploi du thermocautère pour faire une ouverture large de la poche et du trajet, la suture intestinale ne réussissant guère en pareil cas.

Un rapport de M. Chauvel vous a été lu sur une observation de M. Chavasse : *contusion abdominale par un coup de pied de cheval; péritonite aiguë; laparotomie; mort le* 3e *jour*. L'autopsie fit découvrir une contusion du côlon transverse, du mésocôlon, du pancréas et de la partie supérieure de l'enveloppe celluleuse du rein droit.

Les *occlusions intestinales par brides* ont été aussi l'objet d'un travail de M. Jeannel (de Toulouse) et d'un rapport de M. Terrier, suivi d'une discussion des plus intéressantes, où MM. Berger, Le Fort, Monod, Polaillon, Terrier, Gillette vous ont apporté des faits bien divers en faveur, soit de l'opération de Nélaton, soit de la laparotomie : cette dernière méthode a été celle qui a eu le plus de partisans.

Nous trouvons aussi des détails fort instructifs dans un rapport de M. Berger sur quatre observations de laparotomie envoyées également par M. Jeannel : l'une d'entre elles, dans laquelle il y avait *ascite chyleuse*, fut l'objet de quelques réflexions judicieuses de la part de M. Verneuil et de M. Terrillon.

Enfin M. Tillaux a lu un rapport sur un mémoire de M. Auffret (de Brest), où l'auteur a rassemblé une foule d'*occlusions intestinales* de nature fort diverses et bien contradictoires.

Plusieurs *cures radicales de hernie* vous ont été présentées par M. Polaillon et M. L. Championnière qui croit, contrairement à M. M. Sée, que le port d'un bandage est la plupart du temps inutile après la guérison des malades.

Une *obstruction intestinale produite par un calcul biliaire*, par M. Cruveilhier; — *deux cas de gastrostomie*, par MM. Nicaise et Marchand, et sur lesquels je regrette de ne pas pouvoir m'étendre; — un *fibro-myxome du pharynx nasal* de la variété confondue pendant longtemps avec les polypes fibreux naso-pharyngiens de M. Tillaux; — un *fibro-sarcome de la paroi abdominale* enlevé habilement par M. Terrillon sans toucher à la séreuse péritonéale; — une communication également de M. Terrillon sur les *lipomes du mésentère;* — enfin une présentation de malade, de M. Poulet, pour une *uranoplastie* (méth. Baizeau-Langenbeck), et l'observation de *rectorrhaphie comme complément de la rectotomie externe*, par M. Prengrueber, sont autant de faits fort instructifs qu'il m'est impossible de détailler devant vous et sur lesquels je ne puis que glisser.

Dans plusieurs de vos réunions, qui ne sont pas les moins intéressantes, vous vous êtes occupés des **kystes**.

Je passe rapidement sur la bonne observation de M. Follet (de Lille) : *kyste hématique de la fesse*, à propos de laquelle M. Verneuil vous a fait observer qu'il est inutile d'en pratiquer l'extirpation, mais qu'il suffit d'ouvrir et de cautériser; et celle de M. Dubar (de Lille) : *kyste congénital sous-thyroïdien du cou*, sur laquelle M. Monod vous a lu un rapport et où l'auteur rappelle la récidive si fréquente de ces tumeurs et la nécessité d'en pratiquer l'ablation très large. Dans une discussion de MM. Reclus, Th. Anger, Monod, Tillaux, ce dernier a insisté, en s'appuyant des leçons bien connues de Nélaton à ce sujet, sur la nécessité d'extraire en totalité les fistules persistantes de ce genre, ce qui se reconnaît à ce que la partie enlevée se termine en cul-de-sac.

J'ai hâte d'arriver aux *kystes hydatiques du foie*, qui sont ceux ayant tout spécialement fixé votre attention.

M. Terrier venait vous faire, en mai dernier, une longue communication fort attrayante sur l'observation d'un *kyste hydatique de la face inférieure du foie, avec laparotomie, extirpation incomplète du kyste; guérison.* Le diagnostic, tout d'abord, avait été formulé : *kyste de l'ovaire probablement congénital,* c'est-à-dire *dermoïde*. Ce ne fut que longtemps après l'opération que l'écoulement de bile permit d'établir le diagnostic exact. Une discussion suivit, dans laquelle MM. Tillaux, Verneuil et Trélat, tout en félicitant notre collègue de son succès, furent d'avis unanime sur la nécessité d'une ponction préalable. Quant à M. Terrier, il déclara que l'opération qu'il avait pratiquée n'était pas une opération de choix, dans le traitement des kystes hydatiques, mais que, pour certains kystes de la face inférieure de l'organe pourvus d'un pédicule, on pouvait, après ponction, songer à la laparotomie : le raisonnement était fort logique et aucune exagération ne s'était glissée dans son excellente communication.

Un peu plus tard, M. Championnière vous présentait la pièce anatomo-pathologique d'un *kyste hydatique du bord antérieur du foie*, traité et guéri par l'extirpation. On avait cru à une tumeur du rein; l'opération fut très laborieuse, la ponction préalable n'avait pas été pratiquée.

Enfin M. Richelot venait vous présenter une communication sur le *traitement des kystes hydatiques du foie*, à propos d'un malade qu'il avait traité par l'incision de Volkmann; or, cette incision n'a pas été une laparotomie, puisque notre collègue n'a pas ouvert la grande cavité séreuse en raison des fortes adhérences de la tumeur à la paroi; et pourtant, *sautant à pieds joints*, c'est là sa propre expression, sur les anciens moyens thérapeutiques des kystes du

foie qui pourtant ont du bon, M. Richelot instituait la laparotomie comme devant être la méthode générale applicable à la thérapeutique de ces tumeurs.

Voici ses paroles :

« Je propose de tenir en présence des kystes hydatiques du foie la conduite suivante :

« 1° Incision franche du péritoine, entourée des précautions antiseptiques;

« 2° Exploration de la tumeur;

« 3° Traitement variable du kyste, approprié à son volume et à ses connexions. »

Évidemment notre collègue a été plus loin qu'il ne le voulait, car, sous prétexte de progrès, faire table rase de tout ce que nous ont appris nos maîtres était bien loin de sa pensée.— Aussi dans la discussion fort intéressante, qui a suivi, M. Verneuil a été le premier à réclamer en faveur de sa vieille et excellente méthode, dont nous nous sommes tous servis plus ou moins, qu'il a bien un peu modifiée en réunissant le pont qui sépare les deux ponctions kystiques, mais qui n'en restera pas moins toujours classique. — M. Tillaux, dont nous admirons tous la prudence en chirurgie, a déclaré hautement que la laparotomie ne pouvait pas être considérée comme méthode générale du traitement de ces kystes, et a préconisé un moyen qu'il emploie depuis longtemps et dont je viens de faire une application heureuse à Tenon, à savoir : l'incision jusqu'au péritoine, et l'introduction d'une flèche de Canquoin dans la tumeur qui se vide d'elle-même après l'élimination de l'escharre.

M. Terrier a insisté aussi sur ce fait élémentaire que la laparotomie ne pouvait être proposée pour tous les kystes du foie, et M. Trélat, résumant clairement la question, a dit que, pour la thérapeutique des kystes de cet organe, aussi bien que pour tout autre, *des indications diverses appelaient des méthodes différentes :* il faut bien se garder, en effet, de généraliser avant d'avoir de nombreux faits à l'appui de l'opinion qu'on soutient.

Je ne puis terminer ce sujet sans mentionner la véritable *laparotomie* que M. Monod a pratiquée avec succès chez une jeune femme, et la lecture que M. Chauvel a donnée d'une observation de M. Surmay (de Ham), d'un *énorme kyste abdominal, probablement du foie, et ayant toutes les apparences d'un kyste ovarien.*

La **chirurgie de régions** (face, crâne, cou) a fourni aussi un grand nombre de travaux.

M. Robert (du Val-de-Grâce) vous a présenté un malade. — A ce propos permettez-moi, Messieurs, de vous dire que pendant l'année

qui vient de s'écouler, l'armée a donné et donné beaucoup à nos séances, et cela d'une façon remarquable.

MM. Delorme, Linon, Bédouin, Dieu, Bousquet, Belime, Poulet, Poncet, Bablon, j'en passe et des meilleurs, vous ont fait une quantité respectable de lectures et de présentations de pièces ou de malades qui ont mérité à juste titre votre attention. Nous ne réclamions pas leur concours, car notre phalange est assez forte, je crois, pour se maintenir à un niveau élevé, mais ils seront les bienvenus si, en se mêlant aux civils, ils nous apportent toujours des communications comme celles de cette année.

La présentation de M. Robert consistait en un jeune militaire auquel ce chirurgien a pratiqué *diverses opérations d'autoplastie de la face, pour remédier à des délabrements produits par une tentative de suicide.*

Viennent ensuite un *sarcome sous-cutané de la joue*, dont le moule Baretta vous a été montré par M. Horteloup qui avait fait le diagnostic de lipome de la boule graisseuse de Bichat, et l'a rectifié après examen histologique.

Une observation de M. Kirmisson, intitulée : *Tumeur cartilagineuse du maxillaire supérieur*, au sujet de laquelle M. Berger vous a lu un remarquable rapport, je devrais dire un véritable mémoire, où tous les faits sont rapportés, discutés et classés d'une manière irréprochable; à côté, je placerai un cas d'*enchondrome du maxillaire supérieur* dû à M. Verneuil qui nous apportait, encore un mois après, une observation de *tumeur enchondromateuse de la mâchoire inférieure.*

La question des indications de la *trépanation crânienne*, qui est certainement l'une des plus controversées de la chirurgie, a eu aussi une grande part dans les travaux de cette année. M. Dieu vous envoyait une belle observation de *fracture du pariétal droit avec plaie et enfoncement circonscrit; accidents méningitiques; trépanation; cessation immédiate des accidents; guérison.*

Dans la séance suivante, M. Championnière, qui est bien réellement le champion absolument convaincu du trépan, vous présentait, dix ans après l'opération, un malade trépané, et vous faisait deux rapports très détaillés : le premier, sur un mémoire de M. Linon (5 *observations de plaies de tête*) et sur une observation de M. Bélime (*trépanation suivie de succès; localisation cérébrale; trépanation chez les Kabyles*) ; le second, sur trois observations, l'une de M. Chavasse, l'autre de M. Kirmisson ; la troisième, de M. Alvarez (de San-Salvador), où l'on trouve la preuve indiscutable du raisonnement donné par notre collègue au sujet du trépan.

Vous savez, Messieurs, que M. L.-Championnière est, sans contredit, celui de tous les chirurgiens, de Paris du moins, qui trépane

le plus ; aussi, dans son rapport, il suit toujours les errements qu'il a pris comme ligne de conduite et continue à préconiser le trépan même avant l'apparition d'accidents, sans attendre d'indications précises, car la temporisation pour lui est une cause des échecs que donne cette opération.

La discussion qui eut lieu et à laquelle ont pris part MM. Poulet, Gillette, Terrier, Polaillon, Marc Sée, Pozzi, Tillaux, Berger, Le Fort, Trélat, peut se résumer en deux lignes : *ne pas réhabiliter le trépan préventif et ne pas trépaner pour une fracture du crâne ne donnant aucun accident cérébral.* Notre excellent collègue Championnière, je n'ai pas besoin d'insister sur ce point, n'a pas du tout été convaincu par vous et je suis persuadé qu'il continuera à trépaner comme auparavant, puisque avec le pansement antiseptique, il regarde cette opération comme étant absolument inoffensive : — qu'il ne se blesse pas du mot, il est fanatique du trépan, mais c'est avec ce fanatisme, pris en bonne part, que bien des chirurgiens sont arrivés à modifier l'esprit de leurs contemporains et à faire admettre, avec réserve cependant, ce qu'ils avaient un peu exagéré : c'est ce que je lui souhaite de tout cœur.

Deux autres observations vous ont été présentées, l'une de votre secrétaire qui a bien regretté de ne pas avoir trépané une femme chez laquelle il avait, à la suite d'érysipèles multiples, diagnostiqué un abcès sphénoïdal qui existait superficiel, l'autre, de M. Le Dentu, qui s'est félicité au contraire de ne pas être intervenu, car à l'autopsie on n'a trouvé qu'une lame purulente diffuse.

Pour les *affections oculaires*, c'est M. Terrier qui s'est chargé de plusieurs travaux importants ; il a fait un intéressant rapport sur un mémoire envoyé par M. Dransart (de Somain), intitulé : *Du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique oculaire et en particulier de son association avec le chloroforme ;* il vous a lu aussi, pour sa part, une note sur le *chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique de la cornée.*

Notre collègue vous a présenté encore un rapport qui a même fait un peu de bruit dans Landernau, sur le travail de M. Rohmer (de Nancy), ayant pour titre : *Observation de greffe oculaire (œil de chien) chez une femme de 42 ans : le globe de l'œil transplanté adhère par première intention aux parties molles de l'orbite. Sphacèle de la cornée le septième jour. Atrophie du globe.* — D'autres se sont servis d'yeux de lapin.

Dans ce rapport, il a fait connaître les opérations de ce genre qu'il a pratiquées : elles sont peu favorables d'une façon générale, mais pourtant, selon lui, ces tentatives ne sont pas une affaire de pure esthétique. M. Chibret a pensé aussi au rétablissement de la

fonction par suite de la suture du nerf optique : « Il ne faut jurer de rien, » dit M. Terrier.

M. Le Dentu a donné un rapport sur une observation envoyée par M. Baudry (de Lille) : *Nombreux fragments de verre introduits dans l'orbite*, et M. Galezowski est venu vous lire un travail sur *la pathogénie et le traitement du staphylôme pellucide* avec malade à l'appui.

La chirurgie du cou vous a encore fourni un *polype volumineux du larynx* enlevé par M. Chauvel, un *kyste thyroïdien* à parois calcifiées dont M. Houzel (de Boulogne) vous a envoyé l'observation et la tumeur (rapport de M. Nepveu), — enfin un rapport de M. Humbert sur un cas de *cancer du corps thyroïde*, enlevé par M. Peyrot, qui prouve la hardiesse, le sang-froid et l'habileté de l'opérateur, mais pour lequel bien des chirurgiens auraient préféré l'abstention, car il fallut en venir à la résection de la carotide, des branches de la jugulaire et du nerf pneumogastrique dans toute la hauteur du cou. En somme, c'est là un succès purement opératoire.

Comme **affections des vaisseaux**, permettez-moi de vous rappeler une présentation originale de malade atteint de *varices multiples couvrant le membre supérieur droit*, par M. Bousquet ; — la pièce pathologique relative à la *ligature de l'artère fémorale pour anévrysme poplité*, par M. Schwartz ; — le rapport de M. Tillaux sur l'observation de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), *anévrysme diffus primitif, abcès, incision, tamponnement, guérison :* c'est là un succès rare que l'on doit mettre un peu sur le compte de l'âge et du séjour dans des conditions hygiéniques parfaites, selon M. Verneuil.

Tumeurs. — Pathologie générale. — L'étude de l'influence que l'acte opératoire a sur les constitutions en provoquant, comme l'a dit bien souvent M. Verneuil, l'explosion d'accidents locaux et généraux graves, n'a pas donné cette année à notre société de nombreux matériaux. Je dois mentionner, toutefois, une courte note qui vous a été envoyée par le D[r] Martel (de Saint-Malo) et qui a pour titre : *Méningite tuberculeuse à la suite du redressement d'une fausse ankylose du genou,* et une observation de M. Richelot sur le même sujet : *tuberculisation générale survenue rapidement à la suite du raclage pour une synovite fongueuse du poignet;* dans ses réflexions, notre collègue y joint encore un cas observé chez un jeune homme qui fut pris d'hémiplégie après l'ouverture d'une collection purulente du jarret et mourut d'une méningite tuberculeuse confirmée par l'autopsie.

M. Verneuil vous a donné lecture d'une longue communication sur un *Essai de la pathogénie des érysipèles à répétition*, dans lequel, après l'exposé d'une multitude de faits à l'appui de sa manière de voir, il désire qu'on tienne toujours compte des trois facteurs suivants : l'agent infectieux, que ce soit un microbe ou un virus, la porte d'entrée qui est la plaie, enfin l'habitation prolongée et latente, dans l'économie, du microbe de l'érysipèle.—A ce mot de microbe, M. Després, le chirurgien qui ne change jamais, a pris le premier la parole pour affirmer qu'il doit à la mémoire de nos devanciers de ne pas tomber dans l'abus que l'on fait aujourd'hui des microbes et du rôle qu'on leur prête. — Rien ne prouve la contagion de l'érysipèle et il protestera toujours, dit-il, contre tous les entraînements frivoles. — M. Trélat croit que la nature microbienne de l'érysipèle est très probable pour les deux raisons : que nous voyons dans les laboratoires le microbe cultivé déterminer l'inoculation de l'érysipèle, et qu'en clinique cette affection se comporte comme étant contagieuse ; on ne doit pas conclure du laboratoire à l'homme certainement, mais faire concorder le laboratoire et la clinique.

M. Chauvel vous a lu aussi une note de M. Vedrènes sur la nature microbienne de l'érysipèle.

Les tumeurs et ulcérations de la peau ont fourni l'occasion à M. Polaillon de présenter une *corne* qu'il a extraite sur le dos d'une vieille femme et qui n'était autre chose qu'un épithélioma corné ; — à M. Monod de vous faire voir à deux reprises un enfant qu'il a opéré de *kéloïde cicatricielle du cou* non récidivée au bout de huit ou neuf mois, malgré les doutes que la plupart des membres qui avaient pris part à la discussion avaient émis en faveur d'une récidive lors de la présentation de l'enfant non encore opéré ; — à M. Terrillon de vous montrer *un mal perforant de la paume de la main*, sur la nature duquel M. Nicaise n'a pas été du même avis, et plus tard des pièces moulées toujours relatives au mal perforant de la main.

Enfin, je vous ai exposé l'histoire d'un homme que j'ai opéré à Tenon pour une tumeur du sein (carcinome végétant) avec un moule Baretta, et M. Le Dentu vous a lu aussi l'observation d'un cas de *fibrome lacunaire du sein* chez un homme.

Un énorme *molluscum de la vulve* (grande lèvre droite), opéré par moi, vous a également été présenté.

Sur la *syphilis*, je n'ai à vous signaler qu'un cas intéressant d'*arthrite blennorrhagique de l'articulation sterno-claviculaire droite*, dû à M. Bousquet et sur lequel un rapport vous a été lu par

M. Horteloup, et une observation sur une *forme rare d'épididymite syphilitique*, par M. Reclus.

Il me reste, Messieurs, avant de finir, à vous mentionner quelques travaux sur les *pansements et les plaies*, sur les *affections des tendons et des gaines*, sur les *anomalies* et l'*anesthésie*. Ainsi M. Lucas-Championnière vous a présenté le mode de pansement dont il se sert maintenant en employant l'ouate et la charpie de bois, conjointement avec une poudre antiseptique spéciale à propos de laquelle je vous ai montré l'iodoforme inodore noir au charbon et à la quinine que j'emploie depuis sept ans.

M. Bédouin vous a fait une lecture sur un nouveau pansement antiseptique à l'usage des petits hôpitaux et de la chirurgie courante, et vous devez à M. Pozzi un court rapport sur l'*application thérapeutique de la compression hydraulique* dont s'est servi M. Desplats (de Lille) en modifiant la méthode de M. Chassagny.

Comme *plaies*, un rapport de M. Polaillon sur un cas d'arrachement du doigt médius avec les deux fléchisseurs et un rapport de M. Chauvel sur un mémoire fort original et avec planches de M. Bousquet, intitulé : *De la déformation des projectiles sur les pièces du squelette et indications diagnostiques que l'on peut en tirer*.

En ce qui concerne les *tendons*, je citerai un rapport de M. Monod à propos d'un travail de M. Schwartz, sur la *réparation des tendons extenseurs du pouce*, avec note additionnelle de M. Monod, qui ne néglige jamais les sources où il puise et les indications bibliographiques exactes. Enfin, la présentation, par M. Trélat, d'*une tumeur osseuse*, congénitale, retirée par lui de la gaine du muscle jambier antérieur, et qu'il considère, après examen histologique, comme un *membre surnuméraire* à squelette complet.

Les ANOMALIES vous ont valu la présentation, par M. Bousquet, d'un malade affecté d'*absence congénitale des deux rotules avec déformation des humérus et rétraction du biceps*.

Divers faits de **polydactylie** avec planches, par M. Guermonprez (il est coutumier du fait), sur lesquels M. Polaillon vous a lu un rapport suivi d'une courte discussion entre MM. Magitot, de Saint-Germain et Polaillon.

Enfin, M. Reclus vous a présenté un enfant qui portait autour de la jambe une *bride congénitale* menaçant le membre d'une amputation spontanée. Notre collègue, en enlevant, par deux opérations, chacune des moitiés de cette bride, a rendu un grand service au malade, car le membre a repris une partie de son aspect normal.

L'*anesthésie* comprend : une communication de M. Terrier, relative à la *présence de l'albumine dans les urines avant et après l'anesthésie chloroformique ;* un rapport de M. Bouilly sur un travail de M. Grynfelt, *injections intra-urétrales de chlorhydrate de cocaïne pour faciliter le cathétérisme ;* et un autre rapport de M. Trélat sur un nouveau mode d'anesthésie par *injection de chlorhydrate de morphine et de cocaïne*, qui a réussi à M. Gendron (de Paris) dans une amputation du sein.

Trois *statistiques* vous ont été présentées : la première, celle de M. Terrier sur les opérations qu'il a pratiquées à l'hôpital Bichat pendant 1884 ; la deuxième, celle de M. Bruch, qui possède un service important à l'hôpital civil de Mustapha et dont M. Le Dentu a été rapporteur ; enfin M. Després a déposé sur le bureau sa statistique, je veux dire, suivant le nom qu'il lui donne lui-même, son *Calendrier des érysipèles*, à l'hôpital de la Charité, pour l'année 1885, qui prouve absolument, suivant notre collègue, la non-contagion de l'érysipèle.

Les *présentations d'appareils et instruments* ont été assez nombreuses, je citerai les principales :

De M. Pozzi : un injecteur aspirateur sans soupape au nom de M. Werber ; un speculum bivalve et le dioptra trivalve, imaginé par M. Neugebauer père ; un dilatateur pour faciliter les opérations de petite chirurgie, écarteur des jambes, par le Dr Franz Neugebauer ;

De M. Lucas-Championnière : une pince à deux griffes pour fixer la langue pendant l'anesthésie, et qui a reçu une petite modification de M. Berger ; un appareil composé de deux gouttières plâtrées dans lesquelles sont fixés des arceaux solides, destiné à l'immobilisation complète des deux segments du membre dans les résections du genou ;

De M. Larger : un irrigateur injecteur en caoutchouc, *panclyse* du Dr Génul, très simple dans son mécanisme ;

De M. Nicaise et de la part de M. Gentilhomme (de Reims) : une sonde cannelée dilatatrice, destinée à faciliter la trachéotomie ;

De M. Duplay : un nouveau trachéotome dilatateur du Dr Adalberto Ramaugé, chirurgien à l'hôpital des enfants de Buénos-Ayres ;

De M. Périer : un bas lacé à attelles d'acier ;

Et enfin de M. Poncet : un explorateur acoustique d'un nouveau modèle.

En terminant, Messieurs, cette trop longue analyse qui pourtant reste, malgré moi, très incomplète par la seule faute de l'exubérance de vos travaux, permettez-moi de vous remercier très sin-

cèrement de l'honneur que vous m'avez fait en me confiant les fonctions de secrétaire de la Société de chirurgie et laissez-moi croire, s'il n'y a pas trop d'illusion de ma part, que la manière dont j'ai accompli une tâche un peu lourde et ingrate n'a pas été au-dessous de la bienveillance que vous m'avez tous montrée.

NOTICE

SUR LA VIE ET LES TRAVAUX DU PROFESSEUR DEPAUL,

Par M. CHAUVEL,

Secrétaire général.

Il y a deux ans à peine, mourait loin de Paris, presque subitement, le Dr Henri Depaul, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine, membre de l'Académie, de la Société de chirurgie, commandeur de la Légion d'honneur, etc., etc. Il était du petit nombre de ceux qu'on nomme les *maîtres*, les *princes* de la science, de ceux dont la réputation est considérable, la clientèle brillante, la situation enviée. Dans le corps médical, qui semble s'en souvenir?

Quelques pages élogieuses dans les feuilles amies; de maigres notices biographiques où la critique, parfois, l'emporte déjà sur la louange; vingt mots dans un journal politique que les autres copient à l'envi; un peu de bruit pendant un mois au plus : puis le silence se fit; silence profond que ne vint même pas troubler, comme il est d'habitude, le panégyrique imposé par l'usage au successeur immédiat du professeur décédé.

Cependant il n'était pas le premier venu, ce Béarnais à la volonté de fer, qui, parti de son pays, sans soutien, sans fortune, sut acquérir une des plus hautes positions de notre monde médical. A Paris, son convoi entouré de ses collègues de la Faculté, de l'Académie, de la Société de chirurgie, rehaussé par les honneurs officiels, eût fait sa mort moins inaperçue, sans doute. Mais dans le tourbillon qui nous emporte, au milieu du mouvement incessant de nos grandes villes, un homme, si méritant qu'il soit, est, hélas! bien vite oublié.

Ils connaissaient cette loi du temps, les maîtres qui fondèrent, il y a bientôt un demi-siècle, la Société de chirurgie. Aussi, par un

article des statuts, ils confièrent à l'un des secrétaires le soin pieux de redire, dans la séance annuelle, la vie et les travaux des plus dignes parmi nos anciens. Avec quelle autorité de parole, avec quel bonheur d'expression, se sont acquittés de cette tâche, parfois délicate, les Broca, les Marjolin, les Trélat, les Legouest, les Guyon, et mes prédécesseurs immédiats : MM. de Saint-Germain et Horteloup, vous le savez mieux que moi, vous qui avez pu les entendre en même temps que les applaudir. Bien jeune dans la Compagnie, je n'avais, pour occuper ici leur place, d'autre titre que ma bonne volonté. Elle m'a suffi pour obtenir vos suffrages ; soyez aussi indulgents, je vous prie, et n'exigez pas plus aujourd'hui.

Anne-Jean-Henri Depaul, naquit à Morlaas, département des Basses-Pyrénées, le 26 juillet 1811. Il était fils de Bernard Depaul, ancien avocat au parlement, juge de paix du canton de Morlaas, et de dame Catherine-Louise de Claverie. Sa famile habitait depuis des siècles cette petite ville du Béarn, et les chroniques locales citent un certain Anthoine de Paul, seigneur de Moyen, comme vivant à Morlaas, en 1640. S'il avait des droits à la particule, notre collègue n'en voulut point faire usage ; mieux qu'un arrêt de justice, le travail avait ennobli son nom.

La vie, à ses débuts, n'est pas pour Depaul la période d'insouciance et de joie que presque tous ont connue, et, dit-on, regrettée. Il perd son père à quatre ans, puis, tout enfant, il entre au collège d'Aire pour y faire ses études. La route est longue qui va de Morlaas à la ville où travaille son jeune fils, les chemins sont difficiles ; cependant la pauvre mère, qui ne s'en est séparée que par devoir, ne compte pas la fatigue pour venir l'embrasser plus souvent. C'est dans un de ces voyages que, tombée de voiture, blessée grièvement au genou, elle doit être ramenée chez elle dans un état alarmant. Depaul n'a que onze ans encore, mais effrayé de l'accident, sans nouvelles de sa mère, frappé de pressentiments sinistres, il demande, il supplie qu'on le reconduise à la maison maternelle. On résiste, on refuse. Alors, profitant de la nuit, escaladant le mur du collège, bravement, il s'élance sur la route de Morlaas, seul, sans crainte de l'obscurité, sans souci de son isolement, guidé, soutenu, entraîné par son unique pensée, par son unique désir : voir, embrasser sa mère. Et comme si la pauvre femme, elle aussi, eût compté sur ce miracle de volonté et d'énergie, elle attend, pour quitter ce monde, le dernier baiser de son enfant chéri.

A onze ans, à l'âge où la tendresse des parents est si nécessaire et si douce, Depaul est doublement orphelin. Que faire ? que devenir ? On dit autour de lui que sa mère est morte faute de soins

éclairés, qu'un grand chirurgien l'eût peut-être sauvée. Ce bruit, qui court dans la petite ville, arrive bientôt à l'enfant; il ne le discute pas, il l'accepte, et de ce jour sa volonté est arrêtée : il sera médecin. Ses études achevées, le moment venu, il n'hésite pas un jour : son choix est fait de longtemps.

Tel n'est pas, par malheur, l'avis de son grand-père et tuteur, M. de Claverie. Ancien président au parlement de Navarre, premier président de la Cour royale de Pau, le rigide vieillard ne voit rien au-dessus de la robe. Être médecin, déroger ; non : comme ses aïeux, comme son père, Depaul doit être magistrat. Le petit-fils refuse d'obéir, le grand-père ferme sa bourse. Mais l'obstination du vieillard échoue contre l'inébranlable volonté du jeune homme qui se résigne enfin, pour suivre la vocation qui l'appelle, à sacrifier l'affection de son dernier et plus proche parent.

De tels caractères nous étonnent, habitués que nous sommes aujourd'hui à voir les pères, esclaves soumis, satisfaire les caprices les plus ridicules, pardonner, excuser même les plus grandes fautes de leurs enfants. Nous ne comprenons pas ce vieillard inflexible, pour qui l'obéissance est la première marque de l'affection filiale. Il en était ainsi cependant, il y a cinquante ans à peine. Les parents savaient commander, sans que leur amour en fût moindre. Ils comprenaient le sublime devoir du chef de famille et pensaient avec raison qu'une éducation sévère, que l'habitude de l'obéissance et du respect ne sont pas, pour se bien diriger dans la vie, une mauvaise préparation. Ils voulaient faire de leurs fils des hommes; je puis dire qu'ils y arrivaient.

Brouillé avec M. de Claverie, nanti de sa part du maigre héritage paternel, Depaul se rend à Bordeaux. Il s'y place dans une maison de commerce, et, grâce à son esprit d'économie, il arrive après quelques mois à réunir près de 1,500 francs. C'était bien peu, sans doute ; mais, à vingt ans, sait-on la valeur de l'argent ! Plus que jamais résolu à étudier la médecine, notre jeune homme part pour Paris. Il y reconnaît bientôt que 500 écus ne mènent pas au bout du monde, et qu'une bourse s'épuise vite, même au métier de carabin. Pour vivre, pour refaire son pécule, il se remet au commerce, et, tout en vendant des étoffes au magasin de la Belle-Fermière, dans le faubourg Saint-Antoine, prend ses premières inscriptions à la Faculté. Journées au comptoir, nuits à l'étude; son instruction médicale souffre de ce double travail et sa santé menace ruine. Ou commerce, ou médecine, il faut se décider.

Morlaas est bien loin. Revenir près du grand-père, s'avouer vaincu, Depaul n'y songe même pas ; écrire, implorer assistance, il ne peut s'y résoudre. Faut-il donc après tant de luttes, tant de misères, abandonner la science ? Non. Dans ce moment difficile, le

jeune étudiant trouve aide et conseil près d'un ami de sa famille, M. Peyronnat, jadis notaire à Morlaas, alors économe au collége de Juilly. Cet excellent homme lui ouvre sa bourse, et, dans son modeste intérieur, le reçoit avec une affection véritablement paternelle. Jamais pendant sa longue et brillante carrière, jamais aux jours de la fortune, le professeur de l'École n'oublia les secours donnés à l'étudiant, la sympathie témoignée au compatriote. Il avait pour son bienfaiteur un véritable culte, et par reconnaissance, il accueillit toujours avec bonté les jeunes Béarnais, les soutenant de son influence, les aidant de son argent.

Assuré du lendemain, Depaul se livre avec passion aux études de médecine. Bénévole du terrible Lisfranc, une grossièreté du maître soulève sa colère ; il jette son tablier et quitte le service ; la Fortune l'attendait sur sa route. Un jour, sortant de l'hôpital des Cliniques, il arrive juste à temps pour relever Antoine Dubois, dont le pied a glissé sur le pavé, et l'aider à regagner son hôtel. Heureux d'avoir été reconnu par l'étudiant, le vieux et célèbre chirurgien le fait admettre comme externe dans le service de son fils. Devenu bientôt l'élève affectionné, le secrétaire du professeur d'accouchements, Depaul, sous son impulsion, s'attache à l'étude de l'obstétrique ; de son internat, il passe deux ans à la Clinique, un an à la Maternité.

En 1841, sur la proposition de Paul Dubois, la Faculté le nomme, à l'unanimité et pour deux ans, chef de clinique obstétricale. Docteur depuis 1839, il se présente à l'agrégation de chirurgie en 1844. Parmi ses concurrents étaient nombre de ses futurs collègues au professorat ou à l'Académie ; Cazeaux et Jacquemier, comme lui accoucheurs ; Gosselin, Giraldès, Voillemier, Maisonneuve, chirurgiens et maîtres de l'avenir. Vaincu dans cette première lutte, notre Béarnais ne désespère pas, et, trois ans plus tard, il obtient le titre convoité et chaudement disputé, dans un concours où se font connaître : A. Guérin, Deville, Moreau, Jarjavay, Sappey, Richet, pour ne nommer que les meilleurs. La même année 1847 voit paraître son *Traité d'Auscultation obstétricale.*

Agrégé en exercice, chargé du cours des élèves sages-femmes du département de la Seine, professeur libre à l'École pratique, suppléant ordinaire du professeur Paul Dubois, son maître, à l'hôpital des Cliniques, Depaul, qui tient à ne pas être seulement *accoucheur*, veut ajouter à ses titres déjà si nombreux celui dont l'autorité est la moins discutée, celui qui peut lui ouvrir les portes de notre Société, le titre de *chirurgien des hôpitaux de Paris.*

Certes, demander à un homme la science universelle est plus qu'absurde aujourd'hui. Même chez nous, la nécessité de divisions

dans l'étude s'est depuis longtemps fait sentir, nécessité si grande, si forte, si puissante, que jadis, médecine et chirurgie formaient deux professions rivales. En supprimant cette séparation néfaste, en créant le doctorat unique, la loi n'a pas eu pour but de faire cesser la distinction qui, dans la pratique, tend à s'établir plus tard. Elle a voulu seulement exiger de tous une instruction générale suffisante, elle a voulu assurer à tous une base solide de connaissances, sur lesquelles peuvent, sans danger, se greffer des connaissances nouvelles.

Cette base première, le Doctorat, est-elle assez large pour que des spécialités étroites puissent s'y implanter sans inconvénient? Au lieu des deux branches maîtresses, médecine et chirurgie, d'où s'élancent à leur tour de multiples rameaux, ne vaut-il pas mieux que ces rameaux prennent directement naissance sur la souche primitive? Depaul ne le pensait pas plus à ce moment de sa carrière, qu'il ne l'a jugé bon plus tard. Il concourut donc pour être chirurgien des hôpitaux, et, nommé en 1853, il prit et conserva jusqu'à son passage à la Clinique le service des enfants assistés.

Depuis un an déjà il était membre de l'Académie de médecine, l'emportant, au second tour de scrutin, sur Lenoir, compétiteur aussi méritant que redoutable, sur Devilliers et Jacquemier, futurs collègues dans la section d'accouchements. En se l'adjoignant d'aussi bonne heure, il n'avait que 41 ans, l'Académie avait eu la main heureuse. Secrétaire annuel en 1855, Depaul, toujours sur la brèche, remplit trois années de suite ces honorables mais parfois bien lourdes fonctions. Désormais la fortune lui sourit. Chevalier de la Légion d'honneur, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie : en quinze ans, le jeune et vaillant Béarnais a franchi toutes les étapes ; il a montré au président de Claverie, son grand-père, qu'une volonté puissante et un labeur opiniâtre triomphent de tous les obstacles.

Que peut-il désirer encore? Être professeur en titre. Son bienfaiteur Paul Dubois abandonne sa chaire juste à temps pour la lui donner. Élu par ses collègues de la Faculté, Depaul, en 1861, rentre enfin comme chef dans ces salles où, depuis plus de dix ans, il suppléait le maître, dans cet hôpital des Cliniques qui l'avait reçu externe et le faisait professeur. Clinicien habile, praticien éminent, Dubois n'avait ni l'activité, ni l'exactitude nécessaires à qui enseigne. Tout au contraire, pendant près de vingt ans, avec une ponctualité digne d'éloges, Depaul gravit chaque matin l'escalier de pierre qui mène à son service. Pendant vingt ans, dans ces salles tristes et sombres, dans ce petit amphithéâtre aujourd'hui disparu, il forme à la pratique les générations qui se suivent.

En même temps il prend part aux travaux des Sociétés de bio-

logie, d'anatomie, d'émulation, d'observation ; des sociétés médicales du Temple et du Xe arrondissement, dans plusieurs desquelles il occupa le fauteuil présidentiel. A l'Académie, qu'il dirige en 1873, son activité est restée proverbiale. Rapports, discussions, communications, on le trouve constamment à l'œuvre. Directeur du service de la vaccine, il sait maintenir les droits et défendre les prérogatives de la Compagnie vis-à-vis de l'autorité.

Membre titulaire de la Société de chirurgie le 11 août 1858, Depaul en est le secrétaire en 1859, le président en 1863. Honoraire en 1871, il ne déserte pas nos séances ; pendant six ans encore, il prend part à nos travaux. Alors, absorbé par l'enseignement, par une clientèle exigeante, par la direction des *Archives de Tocologie*, et durant quelques années par les préoccupations de la politique militante, notre collègue cesse peu à peu de paraître rue de l'Abbaye. Mais son énergie est la même, son ardeur ne s'est pas affaiblie, et dans les discussions aigre-douces que suscite la construction de la nouvelle Clinique d'accouchements, on retrouve le rude jouteur de l'Académie, le polémiste ardent jusqu'à la violence, pour la défense de ses convictions scientifiques.

Pressé par le temps, ne voulant à aucun prix d'une installation temporaire, Depaul avait dû se contenter du terrain insuffisant, de l'emplacement irrégulier et par trop exigu que l'État et la ville de Paris mettaient à sa disposition. Sur ses indications, M. Ginain établit ses plans ; architecte et médecin s'unissent pour lutter contre les conditions difficiles qui leur sont imposées. Il ne m'appartient pas de juger la valeur réelle de leur œuvre commune. Certes ce n'est pas un hôpital modèle, ce bâtiment mesquin, sans air, sans lumière, enterré entre les maisons qui le dominent et les arbres du Luxembourg qui l'abritent par trop du soleil. Mais à Depaul qui quittait la Clinique, réceptacle des miasmes accumulés de générations de malades, cette construction toute neuve devait sembler un palais. Puis, c'était son œuvre, et, comme père, il ne donnait à aucun autre le droit de lui trouver des défauts. Tout reproche le blessait, toute observation l'irritait. Bien volontiers sans doute, il eût fermé sa porte à ces confrères curieux, qui ne venaient rue d'Assas que pour y chercher des critiques.

Cependant la lutte prit fin, et Depaul, désormais à l'abri des attaques, put reprendre, dans son nouvel amphithéâtre, ses leçons cliniques ainsi que ses opérations. Honneurs, réputation, fortune, bonheur intime, il possédait tout ce qu'on peut désirer. Malgré les années, sa santé restait florissante ; mais lui, songeant à la retraite, il se fit bâtir une maison vaste, luxueuse même, à Sarrabât, près de Morlaas, son pays natal. C'est dans cette campagne que chaque

année, entouré des siens, il passait ses quelques semaines de vacances, s'occupant de questions locales, et préparant une vaste exploitation agricole que dirige aujourd'hui son fils. C'est là que la mort vint le prendre, le 23 octobre 1883, après quelques jours de maladie, au moment où, esclave du devoir, il se disposait à rentrer à Paris. A défaut des honneurs officiels, il eut pour lui faire cortège jusqu'à sa dernière demeure toute une population en larmes; elle perdait à la fois un bienfaiteur et un ami.

Très nombreuses sont les publications de Depaul; presque toutes ont trait à la Gynécologie. Les deux plus importantes, le *Traité d'Auscultation obstétricale* et les *Leçons cliniques*, nous arrêteront un instant.

Publié en 1847, le *Traité théorique et pratique d'Auscultation obstétricale* était une œuvre de progrès. Repoussée par quelques sommités, ignorée du plus grand nombre, l'application du sthétoscope au diagnostic de la grossesse n'était pas entrée dans la pratique commune. Fort de dix ans d'études suivies, riche d'observations, Depaul fait voir aux esprits les plus réfractaires les avantages précieux de ce mode d'exploration. Son historique du sujet est un modèle d'analyse patiente et scrupuleuse; pourquoi faut-il y relever une incompréhensible insistance à reporter au Genevois Mayor tout l'honneur d'une découverte dont tout le mérite appartient, il nous semble, à notre compatriote Lejumeau de Kergaradec. Dans la partie didactique du livre, les règles de l'auscultation sont magistralement exposées, comme y sont étudiés, avec un soin extrême, les bruits divers perceptibles par le ventre d'une femme enceinte. De ces bruits, le souffle utérin, que certains nomment placentaire, les battements du cœur fœtal avec leur double pulsation sont les plus importants pour l'accoucheur. Ce dernier est d'une valeur incomparable pour reconnaître la grossesse, pour déterminer les positions et les présentations, pour apprécier l'état du fœtus pendant le travail comme pendant la gestation. Signe de vie ou de mort, il dirige le chirurgien dans son œuvre, arrête sa main prête à sacrifier un enfant vivant encore, ou, pour sauver la mère, l'autorise à supprimer l'obstacle qu'un fœtus désormais hors de cause apporte à la délivrance.

Si on savait tout cela avant le livre de Depaul, on le savait peu et mal. En proclamant les avantages de l'auscultation, il eut le mérite d'agrandir et de mieux préciser le champ de ses applications pratiques.

A ceux qui lui demandaient un *Traité complet des Accouchements*, le professeur, déjà vieux, répondait qu'un tel ouvrage doit être le résumé d'une carrière, le testament d'un praticien. Il eut

bien fait d'ajouter que pareille œuvre exige des années ; que peu, quand l'âge avance, ont le pouvoir ou le courage de faire un si grand sacrifice.

Des *Leçons cliniques*, au contraire, ont plus d'attrait pour un maître ; elles rendent plus nettement ses idées, elles accusent mieux sa personnalité. Libre d'allures, sans cadre tracé, sans barrières, il peut, à son gré, varier le sujet de ses études, donner à ses travaux de prédilection la première et la plus large place. Mieux encore, pour épargner du temps, il fait recueillir ses *Leçons ;* il ne lui reste qu'à les revoir, qu'à leur donner le dernier poli.

Les *Cliniques* de Depaul, disons-le de suite, n'ont rien de ces allures capricieuses. Dans son enseignement comme dans sa vie, le maître est resté méthodique, et le volume rédigé par M. de Soyre semble un tome isolé d'un *Traité dogmatique*, resté malheureusement incomplet. Un second volume devait suivre, la mort du professeur arrêta sa publication.

En dédiant cette œuvre à son illustre maître, le professeur Paul Dubois, Depaul rendait un juste hommage au fondateur de la clinique obstétricale à la Faculté de Paris, à l'homme éminent qui montra la nécessité pour tous de l'étude pratique des accouchements. Il ne m'appartient pas de discuter les doctrines professées dans ces pages ; en semblable sujet je ne suis pas compétent. Il est un point, cependant, sur lequel je ne crains pas de me rallier complètement à l'opinion de notre regretté collègue. Avec lui, je serais volontiers le défenseur des *bébés* contre les médecins trop rigides. Comme lui, je dirais aux jeunes mères : laissez-vous toucher par les larmes, ne mentez pas à votre cœur. Qui sait si les cris de l'enfant viennent de la colère et non de la souffrance ? A cet entrant dans la vie, à cet être fragile auquel l'existence réserve tant de misères, faisons l'aumône d'un sourire, au besoin d'une lâcheté. Devant son appel désespéré, laissons fléchir toute règle. Bien cruel qui peut reprocher à la mère de tendre le sein avant l'heure fixée, pour apaiser les cris de son enfant aimé.

A côté de ces deux ouvrages, Depaul a publié un nombre considérable de notes, de mémoires, tant dans nos *Bulletins* que dans ceux de l'Académie, de la Société anatomique, et plus tard dans les *Archives de Tocologie*. Nous citerons ses recherches sur la cause déterminante des contractions utérines, sur l'emphysème par rupture des voies aériennes (1842), sur l'insufflation pulmonaire chez les enfants en état de mort apparente (1845), méthode qu'il soutient avec insistance et qui lui vaut de magnifiques succès. Dans les années suivantes, il étudie : l'influence de la saignée et du régime débilitant sur le développement de l'enfant pendant la vie intra-utérine (1849) ; le rachitisme intra-utérin (1850) ; les

gommes du poumon qu'il signalait déjà en 1837. Il cherche à établir que l'embryon, infecté par le père au moment de la fécondation, peut, à son tour, donner la syphilis à sa mère, pendant son séjour dans l'utérus, proposition aussi aisée à émettre que difficile à démontrer.

En 1860, paraît dans les *Mémoires de l'Académie* son important travail sur l'oblitération complète de l'utérus chez la femme enceinte; puis, pendant plus de dix ans, les journaux reproduisent et commentent ses leçons de l'hôpital des Cliniques. Peu satisfait de ces analyses où sa pensée n'est pas toujours bien rendue, où ses doctrines sont parfois travesties, l'éminent professeur, avec la collaboration de Stoltz, Bailly, Blot, Charpentier, Guéniot, etc., fonde, en 1874, les *Archives de Tocologie*, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés.

Servir la science et les élèves, continuer au dehors l'enseignement de l'hôpital, élever le niveau de l'obstétrique en France, tel est le but de la feuille nouvelle. Largement ouverte à tous, elle ne repousse que les discussions personnelles, les œuvres de polémique stérile; au reste, le nom de ses collaborateurs suffit pour exprimer ses tendances. Fondateur-directeur du journal, Depaul y fait successivement paraître des mémoires : sur la grossesse extra-utérine péritonéale (1874-1875); sur une forme insolite que peut prendre l'utérus pendant la grossesse (1876-1877); sur les tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc, dont il montre la variété d'origine et de forme (1877). D'importantes études sur l'inversion de l'utérus qui survient au moment de l'accouchement, et en particulier à l'occasion de la délivrance; sur l'infiltration sanguine des diverses régions du corps de l'enfant nouveau-né (1879), complètent les travaux originaux qu'il insère dans ses *Archives*. Tous sont marqués au coin de son esprit aussi juste que méthodique; dans tous la thérapeutique occupe la première place, car c'est aux praticiens que le maître s'adresse, c'est pour eux qu'il écrit.

Travailleur infatigable, Depaul fournit au *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* les articles : Accouchement physiologique, Auscultation obstétricale, Bassin, Nouveau-nés, enfin Menstruation, avec le concours de notre honoré collègue M. Guéniot. Nous y trouvons ses qualités habituelles : ordre, netteté dans l'exposition; sagacité, précision dans les conclusions.

A l'Académie, son activité, l'ardeur de ses convictions, son amour de la lutte, lui font bientôt une large place. Rapports, présentations, lectures, discussions; son nom dans les *Bulletins* se retrouve à chaque page. Malheureusement la discussion l'excite, la contradiction le fâche, il ne sait pas conserver à la tribune le calme qui

donne tant de force à une argumentation sérieuse. Entraîné par l'énergie de ses croyances et par son tempérament, parfois il dépasse le but, oubliant que la courtoisie se doit entre gens de bonne société et loyaux adversaires. De là des froissements, des inimitiés regrettables, que l'éminent professeur ne sut pas toujours se faire pardonner.

Le traitement des déviations de matrice par les pessaires intra-utérins n'a pas d'opposant plus énergique, et sa proscription, dépassant la mesure, s'étend jusqu'au cathétérisme de l'utérus, dont il exagère les dangers. Dans la discussion sur la fièvre puerpérale (1858), qui n'occupe pas moins de vingt séances et ne se termine que par la lassitude de tous, public et orateurs, il prend rang parmi les Essentialistes. Convaincu de la contagiosité de l'affection, il réclame la suppression des maternités, la dissémination des accouchées, le traitement à domicile. Mais, imbu des idées alors dominantes de spontanéité morbide, il ne songe ni à la désinfection des malades, ni à la désinfection du médecin. Bien plus, il repousse les lavages utérins, et pendant toute sa vie se montre absolument opposé aux injections antiseptiques.

Par un revirement peu compréhensible, ses convictions se modifient avec l'âge. Dans ses dernières années, il semble douter du transport direct des germes de la fièvre puerpérale, et c'est comme à regret, qu'il installe dans sa clinique de la rue d'Assas quelques chambres dites d'isolement. Quand tous deviennent contagionistes, lui cesse de l'être; quand on a découvert l'agent d'infection, il nie son existence. Les doctrines de Pasteur excitent chez lui une sorte de répulsion instinctive ; aux résultats de l'expérimentation il oppose sans cesse les enseignements de la clinique. Adversaire du changement, il en vient presque à repousser le progrès.

L'important mémoire de Huguier sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus ramène Depaul à la tribune de l'Académie. Il nie l'existence de cet allongement, au moins pour la portion sus-vaginale du col, et proscrit l'intervention, souvent inutile, parfois dangereuse, que propose et préconise son collègue. Ce n'est pas qu'il craigne les opérations, lorsqu'elles lui semblent justifiées. Ainsi, quand l'hystérotomie peut encore sauver l'enfant, il n'admet pas que l'accoucheur reste inactif devant le corps de la mère. Pour lui, seul juge de l'opportunité de l'opération, le médecin, si la famille y consent, a légalement le droit d'intervenir, sous sa propre responsabilité.

Sauver une existence chaque fois que cela lui est possible, tel est le premier devoir de l'homme de l'art. C'est à ce titre que Depaul demande la création de médecins de l'état civil, chargés de la constatation des naissances ; à ce titre qu'il réclame des sages-

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.). 38.2.86. *Le Gérant :* G. MASSON.

femmes une instruction plus large et plus complète ; à ce titre enfin qu'il plaide pour l'allaitement maternel et repousse avec force les compositions exotiques, les laits artificiels, et toute expérimentation qui porte sur la nourriture des nouveau-nés.

Directeur du service de la vaccine, Depaul, s'il ne vaccine lui-même, fait vacciner sous ses yeux. Dans les circonstances difficiles il se multiplie, et les milliers d'inoculations qu'il pratique dans l'armée pendant le siège de Paris font moins graves parmi nos soldats l'affreuse épidémie qui décime la population civile. Chacun de ses rapports annuels au ministre est un volumineux mémoire, où sont étudiés des points encore obscurs : conservation du vaccin (1855) ; inoculation des eaux aux jambes (1857) ; vaccinations hâtives (1860), dont il prouve l'innocuité complète et l'impérieuse nécessité, au moins en temps de variole et dans les hôpitaux.

Deux années durant (1862-1864), on discute à l'Académie sur l'origine première du vaccin : bœuf ou cheval, cow-pox ou horse-pox. Comme l'avait soupçonné Jenner, c'est au cheval, par l'intermédiaire de la race bovine, que revient l'honneur de nous fournir le liquide vaccinal primitif. Dans ces polémiques, où les attaques personnelles, parfois les invectives, tiennent trop souvent lieu d'arguments, Depaul soutient que vaccin, cow-pox, horse-pox, ne sont que des formes de la variole modifiée par son passage dans des organismes différents. Le *grease* de Jenner, les *eaux aux jambes,* sont une même fièvre éruptive pustuleuse, non une affection locale.

Convaincu de la transmissibilité de la syphilis par les accidents secondaires, par le sang, le Directeur de la vaccine aborde résolument, en 1864, le redoutable problème de la syphilis vaccinale. Loin de voiler le mal, il le découvre dans toute son horreur, et signale du haut de la tribune les faits déjà nombreux de contamination. A ceux qui lui reprochent de jeter la défiance dans les esprits, de discréditer la vaccine, il répond avec raison, qu'une vérité scientifique est toujours bonne à connaître, et que fermer les yeux n'arrête pas les progrès du fléau.

Au reste, pour éviter ces accidents, Depaul apporte le remède : *la vaccination animale.* Malgré l'indifférence des uns, le mauvais vouloir des autres, malgré les reproches et les invectives, il demande et obtient des subsides, il installe des génisses à l'Académie, expérimente, recueille faits et preuves, et après deux années d'une lutte où il ne s'épargne guère, il finit par obtenir l'adoption des propositions scientifiques qui terminent son rapport officiel.

Depuis 1867, il est vrai, les cas de syphilis vaccinale s'étaient tellement multipliés que toute négation était devenue impossible.

Président de l'Académie en 1873, notre collègue s'y montre avant

tout l'homme du règlement. Dans les discussions sur le choléra, la septicémie, le typhus, la tuberculose ; dans la polémique parfois vive qui s'engage entre médecins et pharmaciens sur l'organisation à donner au service de santé de l'armée, il sait toujours faire respecter la liberté de la tribune et témoigne d'une véritable impartialité.

A peine descendu du fauteuil présidentiel, Depaul rentre dans l'arène pour défendre la vaccination animale, imprudemment attaquée. Convaincu de la durée limitée de la préservation vaccinale, persuadé de l'excellence des revaccinations, il déplore hautement la parcimonie qui rend impossible l'organisation des services départementaux. Mais autant il est partisan des mesures de largesse, autant il se montre l'adversaire résolu des moyens coercitifs. Quand l'Académie, officiellement consultée sur l'opportunité de la loi Liouville (1881), répond au ministre que la vaccination doit être rendue *obligatoire* et la revaccination encouragée et même imposée par les règlements partout où cela est possible, l'ancien Directeur de la vaccine s'élève avec force contre ces conclusions du rapport. Au nom de la liberté du père de famille, il rejette cette obligation odieuse, d'application impossible ; il n'a pas assez de railleries pour les pénalités dérisoires, pour le ridicule de la constatation matérielle de la revaccination. Lui qui repoussait naguère la libre importation des viandes d'Amérique, par crainte de la trichinose, il refuse maintenant au législateur le droit et le pouvoir d'arrêter les ravages de la variole par la vaccination obligée : contradiction singulière..

Membre titulaire de la Société de chirurgie pendant treize ans, Depaul y prit une part active à toutes les discussions qui touchaient aux sujets de ses études habituelles. Dans les imperforations congénitales de l'anus, il conseille et pratique volontiers la recherche du rectum par le périnée, mais sans aller jusqu'à la résection du coccyx. Si l'occlusion porte sur l'intestin grêle, l'anus de Littre lui semble préférable à l'entérotomie lombaire. Pour le bec-de-lièvre, il est partisan d'une intervention hâtive, même dans les cas compliqués, et se contente de la simple suture avec des épingles qu'il laisse très longtemps en place.

Présentations de pièces, observations, notes, communications, chaque volume de nos *Bulletins* contient des œuvres de notre laborieux collègue. Je ne puis les citer toutes, moins encore les analyser. Je signalerai parmi les plus importantes : les cloisonnements du vagin ; les fistules vésico-vaginales (1862) ; les déformations du bassin consécutives aux luxations de la hanche (1865) ; l'action des corps fibreux sur la grossesse et les modifications que l'état de gestation imprime à ces tumeurs (1868-1869) ; l'opération césarienne

et la suture de l'utérus (1870); les kystes de l'ovaire (1871); la gastrotomie dans la grossesse extra-utérine.

Très réservé en fait d'innovations, Depaul rejette l'anesthésie dans l'accouchement simple, l'opération du spina-bifida surtout chez les nouveaux-nés, l'ostéotomie dans les courbures rachitiques de l'enfant, qui, d'ordinaire, se redressent presque seules par les progrès de la croissance. Dans les mémorables discussions que soulève dans cette enceinte l'hygiène des hôpitaux et des maternités (1864-1866), notre collègue n'intervient qu'à peine. Presque seul il réclame le maintien des rideaux de lit dans les salles de femmes ; seul aussi, il proteste contre le vote de la contagiosité de la fièvre puerpérale, contagiosité qu'il avait jadis si énergiquement soutenue à l'Académie de médecine.

Cette trop longue bien qu'incomplète énumération montre la part considérable que Depaul a prise à nos travaux. Mais notre collègue ne siégea pas seulement dans des assemblées médicales. Au conseil municipal de Paris, il combattit, en 1874, l'établissement de cimetières à Wissous et Méry-sur-Oise. Contre le projet Alphand-Belgrand, appuyé par le préfet Hérold, notre collègue n'invoque pas uniquement les dépenses excessives, les sentiments froissés, un culte pieux gêné dans ses manifestations les plus respectables, il prouve, pièces en main, que les cimetières suburbains sont sans danger pour la santé publique.

Au conseil général de la Seine, en 1871, il insiste, dans un volumineux rapport, sur les avantages financiers, matériels et moraux du rattachement du service des aliénés à l'Assistance publique. Médecins directeurs, médecins administrateurs, nommés sans concours, négligent bientôt la médecine pour se confiner dans un bureau. Cette distinction de services, sans profit aucun pour la science, peut créer à l'enseignement de sérieuses difficultés. Depaul n'obtint pas gain de cause, mais l'avenir lui a donné raison.

Conseiller municipal de Paris après la commune, plus tard conseiller général des Basses-Pyrénées, notre collègue ne fut pas cependant un homme politique. Membre de la droite au pavillon de Flore, l'éminent professeur se rallia ensuite à la république modérée, à ce libéralisme si rare, dont son ami M. Thiers était le plus illustre représentant. Peut-être, si la mort ne l'eût surpris, eût-il brigué une situation plus haute. Chaque jour, en quittant sa clinique, le palais du Sénat attirait ses regards. Songea-t-il à y occuper un siège ? On l'a dit et écrit ; son mérite lui en donnait le droit.

Si le médecin appartient à tous, chez tous, si haut que soit leur rang, il a droit à la première place. La réputation de Depaul avait franchi les mers. Deux fois il fut appelé au Brésil pour délivrer

la comtesse d'Eu, fille de l'empereur Don Pedro. Une loi de cet empire exige que, sous peine de déchéance, les héritiers du trône naissent sur le sol brésilien. Quand, après ses couches malheureuses, la princesse, française par son mariage, demanda l'assistance du professeur de la Faculté de Paris, elle dut, soumise à cette législation sévère, imposer à son accoucheur ce déplacement lointain. Malgré sa situation scientifique, Depaul ne trouva pas, chez ses confrères d'outre-mer, un accueil empressé. Il fut question d'exiger de lui examens et diplôme, mais le dépit céda devant son double succès. Désormais riche d'héritiers, la comtesse d'Eu put venir faire ses couches à Paris : le résultat fut aussi heureux pour elle et pour son enfant.

Comblé d'honneurs, de dignités, notre éminent collègue sut rester aussi simple. Jamais on ne vit à sa boutonnière que la rosette, à son cou que la cravate de commandeur de la Légion d'honneur, même dans les réceptions officielles. Très répandu dans le monde, il quittait tout, dîners, théâtre, soirées, si une opération urgente l'appelait à la clinique. Même la nuit il ne consentait pas à confier à ses adjoints ces graves interventions, non qu'il doutât d'eux, mais parce qu'il avait pour principe : il faut voir pour enseigner.

Depaul était grand, robuste, portant sur de larges épaules une tête aux traits fortement accentués. Son extérieur n'était pas précisément engageant ; son air sévère, ses manières rudes, sa voix aux accents métalliques, inspiraient tout d'abord une certaine appréhension. Tel je le vis ici pour la première fois il y a plus de vingt ans ; et sa voix, son visage, que certaine tumeur, mal dissimulée, rendait encore plus reconnaissable, étaient de ceux que l'on n'oublie jamais. Dans les discussions, son ardeur de lutte, sa vigueur d'argumentation, ses emportements, le faisaient redoutable. Malheur à qui se plaçait sur son chemin. Marchant droit devant lui, sans pitié, il l'écrasait de ses railleries, de ses sarcasmes, oubliant trop souvent qu'il frappait l'homme, non le contradicteur. Et cependant, Depaul n'était pas l'être acerbe, méchant, que certains en ont voulu faire. Descendu de la tribune, il ne pensait plus à mal dire de ses adversaires ; ses cours, ses cliniques, n'avaient rien de la violence de ses argumentations. C'est qu'il était de ces hommes qui supportent mal la contradiction : excité par l'attaque, irrité et non convaincu, il ne discutait plus, il frappait, et sa main, souvent trop lourde, faisait des plaies difficiles à fermer.

Sévère pour les autres, notre collègue l'était pour lui-même ; chacun de ses écrits témoigne de son labeur. Praticien, il joignait à l'autorité que donne la science, l'humeur franche et gaie, la bonté, qui font aimer des souffrants. Opérateur habile, il possédait le sang-froid sans lequel ne sont rien l'adresse et l'expérience ; méde-

cin, il se montrait soucieux de la dignité de sa profession. Bon pour les pauvres, il n'était pas exigeant pour les riches ; souvent, à ses débuts, il vint en aide à des confrères, pour le mérite et pour l'honneur. Il n'eut jamais pour devise *arriver quand même*, et repoussait la réclame dissimulée à l'égal du charlatanisme éhonté. Flatter lui fut toujours impossible. Quand son bienfaiteur, Paul Dubois, prit les fonctions de doyen, Depaul ne put se résoudre à l'en féliciter. Comme le nouveau dignitaire lui en faisait un amical reproche : « Ce n'est pas oubli, lui dit-il, c'est que je ne vous crois pas bien doué pour ces fonctions, et que j'en crains pour vous les fatigues et les difficultés. »

Le bon sens, la sûreté de jugement, étaient dans les plus belles qualités de notre collègue. Peu disposé à se lancer en avant, instruments, médicaments, doctrines, tout ce qui naissait lui était suspect. S'il modifia le tube de Chaussier, s'il perfectionna le céphalotribe, il ne se permit pas une invention. Habitué à un certain état des hommes et des choses, il ne quittait qu'à regret les routes bien tracées. Dans son service, il repoussait toute innovation, n'ayant pas, disait-il, le droit d'exposer la vie de ses malades ; dans sa pratique, il préférait les anciens procédés comme les vieux instruments.

L'âge l'avait fait tel ; cependant il resta tolérant, libéral même à l'occasion. Lui qui, profondément religieux, répondait au curé de Morlaas, lui demandant à son lit de mort, s'il croyait en Dieu : « Si je crois en Dieu ? mais c'est la seule chose dont je n'ai jamais douté ; » le même Depaul réclama, dans le conseil municipal de Paris, la suppression des lettres d'obédience. Constamment il plaida pour le rétablissement des Concours de professorat, et dans sa leçon d'ouverture de la clinique, en 1881, il proclamait hautement que, grandie par l'âge et l'expérience, sa conviction était toujours « que de tous les modes par lesquels une faculté peut être appelée à recruter ses professeurs, ses maîtres, le concours est le seul qui offre toutes les garanties nécessaires ».

Tel fut le professeur Depaul. Distinctions, honneurs, richesse acquise par cinquante ans d'un travail opiniâtre, ne lui avaient pas fait oublier sa petite ville natale. Fier de l'amour de ses compatriotes, il était particulièrement heureux des marques d'estime, des témoignages de sympathie qu'on lui prodiguait à Morlaas. N'habitant plus la vieille maison patrimoniale, il résolut de la transformer en asile pour la vieillesse. Plans, devis, règlements, tout était prêt ; ses enfants n'ont eu qu'à exécuter sa pieuse pensée.

A la Faculté de médecine de Paris, le professeur de clinique a légué son musée, ses instruments, ses observations ; c'était justice. A nous, il a donné mieux encore, l'exemple de l'exactitude et du

travail. Si, dans une autre enceinte, quelques inimitiés persistent, si les vieilles blessures ne sont pas cicatrisées, ici rien de pareil. Nous avons pour devise : *Vérité dans la science, moralité dans l'art.* A ceux qui l'ont volontairement acceptée, à ceux qui n'ont combattu que pour la vérité et la science, nous devons pardonner les ardeurs, même les erreurs de la lutte, ne gardant souvenir que du labeur accompli. Depaul fut tout par le travail ; en lui, c'est le travail que j'ai voulu glorifier.

Prix décernés pour l'année 1885.

PRIX DUVAL.

A M. le Dr Philippot, pour sa thèse intitulée : *Résultats tardifs des désarticulations du pied.*

PRIX LABORIE.

Le sujet mis au concours était : *Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs.* La Société décerne le prix à M. le Dr F. Lagrange, médecin aide-major de l'armée et professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, auteur du mémoire n° 1, et une mention honorable avec encouragement de 300 francs à M. A. Delaine, interne des hôpitaux, auteur du mémoire n° 2.

PRIX DEMARQUAY.

Le sujet mis au concours était : *De la pathogénie des luxations pathologiques.* La Société décerne le prix à MM. les Drs E. Forgue et D. Maubrac, médecins aides-majors de l'armée, auteurs du mémoire n° 2 ; elle accorde une mention très honorable à M. le Dr Barette, prosecteur de la Faculté, auteur du mémoire n° 1.

PRIX GERDY.

Le sujet mis au concours était : *Gangrène des membres ; étiologie, pathogénie, traitement chirurgical.* La Société partage le prix entre MM. les Drs C.-A. Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges), et J. Bouillet, de Béziers (Hérault).

Programme des prix que la Société décernera en 1886.

1° Le prix Duval, pour la meilleure thèse de chirurgie ; le montant est de 300 francs en livres.

2° Le prix Laborie, à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie ; le montant est de 1,200 francs.

Les prix Gerdy et Demarquay ne seront pas décernés en 1886 ; la Société fera connaître dans une des prochaines séances les sujets mis au concours.

Séance du 3 février 1886.

Présidence de MM. Duplay et Horteloup.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la quinzaine ;

2° Le premier fascicule du tome III des *Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie;*

3° *Gros abcès froid de la fosse iliaque droite, traité et guéri par l'incision, le curage et le drainage antiseptique; diabète et mal perforant,* par le Dr Jeannel (de Toulouse);

4° *Formulaire officinal et magistral international* (4e édition), par MM. Jeannel père et fils; offert par M. Jeannel (de Toulouse);

5° *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie* (1re année, n° 1);

6° *The medical Bulletin* de Philadelphie (t. VIII, n° 1);

7° Des lettres de remerciement de MM. Robert (du Val-de-Grâce), Guermonprez (de Lille) et Weiss (de Nancy), nommés membres correspondants nationaux;

De MM. Thiriar (de Bruxelles) et Socin (de Bâle), nommés correspondants étrangers ;

De M. Reverdin (de Genève), nommé membre associé étranger ;
De MM. Barette et Lagrange, nommés lauréats de la Société ;

8° M. le baron Larrey, membre honoraire, prie de communiquer à la Société la note suivante : M. Pasteur voudrait essayer la cure du *tétanos*, et serait reconnaissant à MM. les membres de la Société de chirurgie de lui fournir l'occasion de voir les cas assez rares soumis à leur observation;

9° M. Magitot, atteint d'une affection oculaire, prie la Société de chirurgie de lui accorder un congé ;

10° *Ténorrhaphie et greffe tendineuse*, thèse de doctorat par M. le Dr Fargin ;

11° M. le Dr Martel (de Saint-Malo), membre correspondant, envoie à la Société une observation de rétention du sang menstruel dans la cavité vaginale, chez une jeune fille de 13 à 14 ans. Une simple incision cruciale suffit pour permettre l'écoulement du sang, et sans lavages successifs, la guérison fut obtenue, semble-t-il, car la malade n'a pas été revue.

M. Desprès, au nom de M. Thomas (de Tours), fait une proposition tendant à ce que la Société de chirurgie prenne part à la souscription qui doit servir à élever, sur une des places de Tours, un monument à la mémoire de Bretonneau, de Trousseau, de Velpeau.

(Cette proposition est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Trélat, Berger et Horteloup.)

INSTALLATION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1886.

M. Duplay, président sortant, adresse ses remerciements à la Société, au moment de quitter la présidence, et invite M. Horteloup, président pour l'année 1886, et M. Delens, secrétaire annuel, à prendre place au bureau.

M. Horteloup, en prenant le fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Collègues,

Je désire que mes premières paroles, en prenant place au fauteuil de la présidence, soient l'expression de ma profonde gratitude, car si, aujourd'hui, j'ai l'honneur d'être à la tête de votre compagnie, je ne puis me dissimuler que je le dois surtout à votre extrême bienveillance.

Depuis que vous m'avez appelé aux fonctions actives de votre bureau, j'ai trouvé parmi vous, pour les remplir, une sympathie dont je garderai toujours un reconnaissant souvenir. J'espère que vous voudrez bien me la continuer dans la tâche délicate que vous me confiez de diriger vos travaux, et qu'avec du zèle et une grande exactitude je ne serai peut-être pas trop au-dessous des devoirs qui m'incombent et de la haute position à laquelle vous avez bien voulu m'élever.

Avant de reprendre l'ordre du jour, je crois être l'interprète de vos sentiments en vous proposant de voter des remerciements aux membres du bureau sortant.

Présentation de malade et de pièce anatomo-pathologique.

M. Gillette. Je désire vous présenter un jeune homme auquel j'ai pratiqué il y a trois mois et demi la *résection sous-périostée des trois quarts externes de la clavicule droite* pour une nécrose syphilitique de cet os ayant déterminé des fistules multiples à la suite d'abcès qui s'étaient formés tant dans la région sus-claviculaire qu'au-dessous de la clavicule. La guérison a été obtenue avec reproduction partielle de l'os et *avec conservation intégrale* de tous les mouvements du bras.

Observation. — *Nécrose syphilitique de la clavicule droite avec ostéite fongueuse concomitante. — Trajets fistuleux multiples. — Résection sous-périostée des trois-quarts externes de la clavicule. — Guérison.* (Observation recueillie par M. Potherat, interne du service.)

Le nommé P... (Victor), âgé de 25 ans, garçon de salle, entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Gillette, le 22 septembre 1885, salle Seymour, n° 5, pour des accidents inflammatoires chroniques de la région claviculaire droite avec empâtement considérable de cette région.

Rien à noter au point de vue des antécédents héréditaires : il n'a pas connu son père ; sa mère est d'une bonne santé habituelle ; il n'a eu ni frère ni sœur.

Comme *antécédents personnels*, nous ne trouvons presque rien à relater dans le jeune âge.

Un abcès alvéolo-dentaire du maxillaire inférieur et une paralysie radiale pour s'être endormi sur son bras sous l'influence de l'ivresse, paralysie tout à fait passagère, et c'est tout.

Son histoire pathologique commence véritablement il y a neuf ans.

A 17 ans, en effet, il prend un *chancre du frein*, chancre infectant, ce n'est pas douteux, car il a été accompagné et suivi d'une roséole manifeste et de plaques muqueuses dans la bouche, en particulier sur le voile du palais et sur les amygdales. — D'ailleurs il fut, pour ces divers accidents, soigné à l'hôpital de Versailles pendant trois semaines; là on lui fit prendre des pilules de proto-iodure de mercure. — Donc ce malade a contracté sûrement la syphilis il y a neuf ans.

Son traitement cesse avec sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire au bout de trois semaines. Depuis il n'a jamais été repris sous aucune forme, et à part une légère alopécie nul autre accident ne serait survenu.

Si nous poursuivons son histoire, nous relevons :

De temps à autre, des douleurs articulaires plus ou moins fugaces, et cette année même une attaque de rhumatisme articulaire aigu, pour laquelle il fut soigné pendant deux mois, dans le service de M. le professeur Bouchard, salle Saint-Landry, à Lariboisière. Il dut séjourner trois semaines au lit, et on lui fit prendre du salicylate de soude. D'après ce qu'il raconte il ne lui survint rien du côté du cœur; d'ailleurs on ne trouve dans les phénomènes fonctionnels ou physiques rien qui indique une lésion de ce viscère. Disons encore qu'il a des pieds un peu conformés en valgus avec des déformations articulaires; il n'est pas gêné par cette difformité dans sa profession.

Pas d'alcoolisme.

Peu d'embonpoint. Système musculaire médiocrement développé; la face est pâle, mais le malade affirme qu'il a toujours été assez maigre et pâle de figure; il n'a jamais maigri davantage, il n'a pas senti ses forces diminuer. Il s'enrhume rarement, tousse fort peu, n'a pas de sueurs nocturnes; il n'a jamais craché de sang. Toutefois à l'auscultation on trouve au sommet du poumon droit, dans la fosse sus-épineuse et au niveau de la région sous-claviculaire, une respiration à timbre un peu rude avec expiration légèrement prolongée et un peu de submatité.

Nous arrivons maintenant aux faits qui ont amené ce malade à l'hôpital et ont motivé une intervention chirurgicale.

En juin 1884, sans cause appréciable, sans traumatisme, il vit apparaître au-devant et au-dessus de la partie moyenne de sa clavicule droite une tumeur molle, non douloureuse, qui atteignit peu à peu le volume d'un œuf de poule sans modifier la coloration des téguments. Au bout d'un mois ceux-ci se sont amincis, ont rougi un peu, sont devenus légèrement douloureux et se sont ulcérés en plusieurs points par lesquels il est sorti un pus blanc, peu épais. Ces différents orifices se sont fermés peu à peu; quelques-uns sont restés fistuleux et laissaient écouler une sérosité roussâtre. Deux ou trois autres petits abcès sont survenus dans le voisinage, vers la base du cou; on en voit encore la trace aujourd'hui sous forme de cicatrices pigmentées d'un rouge brun tirant sur le noir. Plusieurs de ces fistules existaient déjà pendant le séjour du malade à Lariboisière, où l'on se contenta de les panser à l'iodoforme. Le malade n'a d'ailleurs jamais éprouvé de douleurs véritables, il est absolument affirmatif à ce sujet. Il ne se préoccupait au-

cunement de son état, et s'il s'est décidé à venir à l'hôpital c'est, dit-il, parce qu'il ne trouvait point de travail.

A son entrée, on peut constater un empâtement notable de la région moyenne de la clavicule droite, empâtement au milieu duquel on trouve l'os augmenté considérablement de volume. Un stylet introduit par les fistules conduit tantôt sur des portions osseuses dénudées relativement superficielles, tantôt pénètre plus profondément dans des parties molles et revient teinté de sang. M. Gillette porta tout d'abord le diagnostic d'ostéo-myélite tuberculeuse et proposa l'opération au malade, qui l'accepta.

La résection fut pratiquée le 13 octobre 1885. Incision au bistouri portant sur l'os et presque dans toute sa longueur. Dissection lente des parties molles y compris le périoste, que l'on détache facilement avec une rugine. L'extrémité interne paraissant saine, l'os fut scié à 3 centimètres environ de l'articulation sterno-claviculaire, en passant au-dessous de l'os une sonde de Blandin. Nouvelle dissection au-dessous de la clavicule en dehors; elle est détachée à son articulation acromo-claviculaire. L'opération fut facile et donna fort peu de sang. Il existait après la résection une large surface cruentée à laquelle le périoste conservé donnait une teinte légèrement grisâtre.

Pas de réunion; pansement de Lister renouvelé tous les six jours, en moyenne. Aucun accident. Au bout de trois semaines environ on constatait facilement qu'il s'était déjà reconstitué, sinon une clavicule, du moins une grande travée osseuse qui ne se sentait que dans la moitié interne de l'os, et l'épaule commençait rapidement à récupérer tous ses mouvements.

Aujourd'hui, toutes les fistules sont taries et remplacées par des taches brunâtres peu enfoncées. La région claviculaire est à peine déformée et le malade a conservé tous les mouvements du membre supérieur avec toute sa force.

Examen de la pièce pathologique. — Avant la macération, la clavicule enlevée est très augmentée de volume et percée d'un grand nombre de trous par lesquels sortent des parties molles et rougeâtres qui sont des fongosités; dans l'intérieur de ce globe osseux de nouvelle formation se trouvent plusieurs séquestres mobiles. Après une macération de plusieurs jours toutes les masses fongueuses avaient disparu, et sauf la partie acromiale toute la clavicule est comme boursouflée, parallèlement à l'axe, ressemblant à un hochet enfantin en ivoire, percée à jour de tous côtés et renfermant trois séquestres, dont l'un a plus de 2 centimètres et demi de longueur et 7 millimètres et demi de largeur et qui *grelottent* dans cette cavité osseuse. L'os est rugueux à sa surface mais non friable. De nombreux orifices de grandeur variable font communiquer la cavité avec l'extérieur et se trouvent constitués par les travées osseuses du tissu compact ou ponts osseux durs, éburnés, qui s'entre-croisent en tous sens : l'os est donc *percé à jour* et les orifices sont assez régulièrement arrondis.

Le séquestre lui-même est d'un tissu résistant, mais il est creusé

d'un grand nombre de petits canalicules qui le font assez ressembler à du tissu spongieux.

Cette observation m'a paru présenter plusieurs points intéressants :

D'abord la nature de l'affection, qui, d'après les antécédents indiscutables et la marche qu'elle a suivie, doit, à mon avis, être mise sous la dépendance directe de la syphilis. Peut-être me reprochera-t-on de ne pas avoir examiné au microscope les fongosités faisant issue par les orifices osseux multiples, dans le but d'y trouver l'existence de bacilles tuberculeux ;

L'impossibilité absolue de guérir ce jeune homme par le traitement interne et les injections modificatrices poussées par les diverses fistules, puisqu'il existait plusieurs séquestres emprisonnés dans la cavité osseuse, éburnée, percée à jour, qui a été décrite dans l'observation;

L'indication précise d'une intervention : j'ai préféré la résection de toute la partie malade, car faire sauter tous les nombreux ponts osseux, pour arriver à la délivrance des séquestres, avec la gouge et le maillet, me semble pouvoir être préjudiciable aux vaisseaux si importants qui sont sous-jacents au champ opératoire et qui sont bien susceptibles d'être contusionnés par les chocs auxquels ils auraient été soumis ; de plus l'ostéite qui existait sur l'os lui-même aurait bien pu continuer à renouveler les abcès et les fistules, et très probablement on en serait venu tôt ou tard à la résection, et si la guérison était survenue, ce n'aurait été qu'au prix d'une suppuration très prolongée qui n'aurait pas été sans mauvaise influence sur l'état général du malade, qui laissait fort à désirer. Je signalerai enfin la facilité avec laquelle la guérison a été obtenue, la régénération d'une bonne portion de l'os, par suite de la méthode sous-périostée que j'ai employée, la conservation de tous les mouvements, sans distinction, du membre supérieur, absolument comme si le malade possédait encore sa clavicule.

Discussion.

M. Trélat. Lorsque je me trouve en présence d'un cas semblable, j'ai l'habitude de mettre d'abord à découvert la portion d'os à enlever, en grattant et décollant tout le périoste.

Lorsqu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse, l'os est friable ; la tréphine le pénètre facilement et j'enlève alors toutes les parties altérées. Si, au contraire, l'os est perforé par des cloaques, comme dans le cas de M. Gillette, c'est qu'il y a ostéomyélite, et je me contente de faire l'ablation du séquestre. Cette pratique eût suffi chez

le malade qui vient de nous être présenté ; je reconnais d'ailleurs que le résultat obtenu sur lui est satisfaisant.

M. Le Dentu. Les mouvements de l'articulation sterno-claviculaire sont conservés d'une manière remarquable chez le malade de M. Gillette. L'année dernière, sur un malade de la ville, j'ai eu l'occasion d'enlever les deux cinquièmes externes de la clavicule, en y comprenant l'acromion. La guérison s'est faite en peu de temps et les mouvements se sont également très bien rétablis.

M. Gillette. J'ai commencé par ruginer le périoste, mais je me suis trouvé en présence de ponts osseux éburnés très résistants, que je n'ai pu faire sauter pour extraire les séquestres, qui étaient petits et multiples, et je pense que cette seule ablation n'eût pas suffi. Je crois aussi qui si on s'était contenté de l'extraction du séquestre, comme il y avait encore ostéite de la clavicule, il se serait reproduit des abcès et des fistules et qu'enfin on aurait été obligé à un moment donné de pratiquer la résection que j'ai faite.

M. Trélat. Les lésions de la clavicule qui vient d'être mise sous nos yeux prouvent qu'il s'agissait d'une ostéomyélite. La guérison, dans ce cas, s'obtient très bien par le mode de traitement que j'ai indiqué.

Rapport.

Sur un travail présenté par M. Delaissement (de Saint-Quentin), intitulé : *Opération de Porro suivie de succès ; l'opération de Porro et l'opération césarienne simple*,

Par M. Lucas-Championnière.

Messieurs, j'ai entre les mains, depuis longtemps déjà, une intéressante observation du Dr Delaissement, chirurgien de l'hôtel-Dieu de Saint-Quentin. C'est un cas d'opération de Porro exécutée avec succès. Voici le résumé de cette opération :

Marie B..., rachitique, 22 ans, 1m,11, membres courts, tibias arqués, réglée à 15 ans, diamètre sacro-sous-pubien 5 centimètres. Après s'être montrée au début de la grossesse, revient à l'hôpital seulement en septembre 1884, enceinte de 8 mois.

Le 26 octobre, la malade ayant ressenti quelques douleurs, tout est préparé pour l'opération césarienne. Le 1er novembre au matin, la patiente perd les eaux, à 3 heures M. Delaissement pratique l'opération.

Large incision pour pouvoir faire sortir l'utérus (procédé de Müller). Ponction de l'utérus avec trocart, pour diminuer son volume. Nou-

velle incision en haut. Application d'un fil de fer sur le col. Incision de l'utérus; le placenta est en avant. Extraction de l'enfant, pesant 3,600 grammes, en état de mort apparente, rapidement remis.

Passage d'une broche dans le pédicule et d'un double fil de soie divisant le pédicule en deux parties. Application du fil de fer avec le serre-nœud; celui-ci rompu, on met un fil de soie nouveau au-dessus de la broche. Seize points de suture placés sur la paroi abdominale. Suture de la peau au pédicule.

Badigeonnage du pédicule au perchlorure de fer. Gaze phéniquée, protectrice, ouate et bandage élastique.

La malade guérit bien avec 38°,4 maximun. Au bout d'un mois et demi la plaie était cicatrisée.

L'auteur, en possession d'un beau succès, conclut naturellement à l'excellence de la méthode de Porro, comparée à l'opération césarienne, sujet sur lequel nous allons revenir. Il conclut aussi à l'excellence du procédé de Müller, qui consiste à opérer hors du ventre. Pour tous ceux qui ont l'habitude de la chirurgie abdominale, ce procédé ne paraîtra guère avoir d'importance, et il a l'inconvénient de beaucoup exposer l'abdomen, à cause de l'immense ouverture nécessaire. Cette immense ouverture est parfaitement inutile ; avec quelques précautions, rien ne tombera dans le péritoine. Même, il nous semble qu'il y a un véritable avantage à procéder avant toute rupture de la poche des eaux, contrairement à l'opinion exprimée par M. Delaissement, toujours dans la crainte de chute des liquides dans le péritoine.

Revenons à l'opération de Porro en elle-même et à sa valeur.

Faut-il la faire encore ? Faut-il la préférer à la césarienne simple ainsi que le veut M. Delaissement.

Les opérations de Porro sont nombreuses, aujourd'hui ; beaucoup plus nombreuses que ne l'indique dans son court travail M. Delaissement, qui cite encore la statistique de M. Pinard. Or, depuis cette statistique, les faits se sont multipliés avec des conséquences beaucoup moins favorables. Cette statistique contenait 38 cas, et en l'analysant habilement on y trouvait 18 guérisons contre 15 morts.

La statistique de M. Godson (*Brit. medical Journal*, 26 janvier 1884) est autrement sérieuse et donne d'opérations, à peu près à terme, 152 cas avec 66 guérisons et 86 morts; soit une mortalité de 56.57 0/0. Cependant je crois bien qu'elle est loin de comprendre tous les cas défavorables.

Même avec ces documents, la valeur définitive de cette opération n'est pas facile à juger.

Ce n'est pas une chose si simple que veulent bien l'admettre quelques-uns. Le malheur veut que la plupart des auteurs qui ont

disserté sur ces questions n'aient jamais eu à faire aucune de ces deux opérations ; ceux-là prennent aisément et théoriquement une détermination qui n'aura aucune conséquence pour eux. Mais pour nous, qui avons eu plusieurs fois occasion de la faire, nous restons dans une certaine incertitude.

Sans doute, si on était encore aux anciens errements, l'opération de Porro était de beaucoup supérieure, puisque la césarienne, à Paris, n'avait donné depuis plus de cent ans aucune guérison, et, par l'opération de Porro, j'ai guéri à Paris la moitié de mes malades et eu tous les enfants vivants.

Mais il ne faut pas oublier que la mortalité de l'opération de Porro reste considérable, au moins 56 0/0 d'après Godson ; et cette mortalité ne tient pas, comme on le croit souvent, à la péritonite ou à la septicémie, accidents qui peuvent être prévenus ; elle appartient, comme je l'ai montré, à la section utérine ; ce sont les reflexes utérins et ovariens dont on ne peut jamais prévoir l'intensité qui emportent les malades, et tant qu'on n'aura pas appris à les prévenir sûrement, la situation restera la même.

Cependant nous voyons l'opération césarienne simple, même faite avec peu de soin, réussir dans les campagnes assez régulièrement, et nous devons nous demander si les progrès de la thérapeutique chirurgicale ne nous permettent pas d'en faire autant, c'est-à-dire mieux que l'opération de Porro.

J'étais déjà séduit par ce que j'ai vu ou lu sur ce sujet, lorsque mon attention a été attirée sur quelques infirmités, suites de l'opération de Porro ; mes deux opérées guéries en 1879 se plaignaient d'accidents divers qui ne laissaient de me préoccuper ; et cependant la guérison chez elles avait été aussi rapide que possible.

Cela m'avait amené à dire, dans une communication antérieure, que j'étais disposé à revenir à l'opération césarienne simple.

Depuis j'ai constaté que je m'étais exagéré la portée des inconvénients chez mes malades, qui sont aujourd'hui, 6 ans après l'opération, dans un état satisfaisant. J'ai fait une opération césarienne simple sans succès, et un document nouveau très intéressant a été introduit dans le débat. Je veux faire allusion à une thèse du Dr Abel Daucourt, intitulée : *Résultats cliniques éloignés des opérations césariennes et de Porro*. Cette thèse mérite à tous égards d'être signalée, car si l'auteur n'a pas fait l'opération lui-même, au moins n'a-t-il publié que des documents originaux.

Il a pu étudier avec le plus grand soin mes deux opérées ; il a étudié aussi l'opérée de M. Tarnier, soit les seules femmes ayant survécu à Paris, et il a pris des renseignements auprès de tous ceux qui ont publié des cas d'opération césarienne ou d'opérations de Porro.

Or, que résulte-t-il de cette enquête très bien faite, c'est d'abord que les troubles consécutifs à l'opération de Porro sont moins communs que nous ne l'avions cru tout d'abord, ce qui se comprend très bien, eu égard à l'époque à laquelle les patientes ont été observées.

Le plus curieux des phénomènes est certainement le suivant, le phénomène hémorrhagie sur lequel on discute encore. Voici par exemple notre deuxième opérée guérie en décembre 1879. Bien qu'elle n'ait plus ni utérus ni ovaire, elle fait des poussées congestives irrégulières; elle a des hémorrhagies par le rectum, véritables règles. Elle présente un état nerveux très complexe, des accès hystériques peu intenses, mais bien caractérisés. Puis tout cela s'éteint peu à peu, et chez cette femme, revue 6 années plus tard, on ne trouve rien de tout cela; un peu de nervosisme, un peu de vaginisme, sans qu'il soit possible d'affirmer qu'il n'en était pas ainsi avant l'opération.

Sur 30 cas, on ne compte que 6 cas d'éventration manifeste et cependant on ne sait si les ceintures protectrices ont été portées. Il est vrai que bon nombre de patientes n'ont pas été suivies assez longtemps.

Toutes les autres modifications de l'individu se rapportent à des troubles nerveux rarement intenses, le vaginisme a pourtant été noté quatre fois.

Chez certaines femmes, il existe des désirs sexuels et des sensations, chez d'autres point, mais en telle proportion que cela diffère peu de ce que l'on observe chaque jour chez les femmes à l'état normal.

Sept femmes affirment que la santé générale est mauvaise, mais étant donné le mauvais état antérieur de la plupart de ces femmes, on peut admettre que les résultats généraux sont bons.

Huit fois on a observé un engraissement notable, ce qui était facile à prévoir.

A côté de ces faits, M. Daucourt cite 12 cas dans lesquels l'opération césarienne ordinaire a été pratiquée plusieurs fois (jusqu'à 5 fois), ce qui témoigne de l'état de santé favorable des sujets. Puis il réunit 19 observations d'opération césarienne où des opérées ont été suivies. Le dépouillement de ces observations permet de conclure à un état un peu plus favorable des opérées. Le retour à la santé est plus rapide et même plus complet que chez les précédentes. Surtout, nous ne trouvons pas signalés ces phénomènes nerveux que l'on remarque dans le tableau précédent.

Nous y trouvons en revanche à peu près la même proportion de hernies ou éventrations. En plus nous trouvons des cas de gros

sesse, c'est-à-dire la vie de la patiente exposée à nouveau à des accidents formidables.

M. Daucourt conclut de ces faits à des conditions plus favorables de l'opération césarienne, et pense qu'avec le progrès de l'antisepsie elle doit reprendre le pas sur l'opération de Porro.

C'était l'opinion que je professais avant la réunion des documents observés dans cette thèse. Puis j'ai été frappé de ce fait que les suites de l'opération étaient meilleures que je n'aurais cru. En revoyant mes opérées à plusieurs années d'intervalle, j'ai vu que ces femmes, d'abord un peu dolentes, étaient revenues à un état très favorable.

Enfin, depuis ce temps, j'ai fait une opération césarienne, sans succès pour la mère avec survie de l'enfant, sur une femme atteinte de tumeurs fibreuses remplissant le petit bassin. Cette opération, que j'ai pratiquée au mois de juin dernier, a présenté ceci de particulier que j'ai fait une suture de l'utérus à la paroi abdominale, nécessitée par une disposition pathologique. Or, cette femme a succombé précisément aux accidents nerveux que je redoute après l'ablation de l'utérus et qui m'éloignaient de l'opération de Porro.

On pourrait joindre à cela quelques considérations tirées des tableaux annexés au remarquable mémoire du Dr Clément Godson, de Londres, qui, à l'époque de sa publication, avait été en Angleterre le seul opérateur heureux. On voit en effet, en étudiant ces tableaux, que les opérateurs les plus heureux sont ceux qui ont l'habitude de la chirurgie abdominale, et peut-être un soin plus minutieux de quelques détails opératoires abaisserait la mortalité.

C'est ainsi que j'ai proposé et que je compte exécuter à l'occasion la division du pédicule en plusieurs petits faisceaux, convaincu que je suis que la constriction incomplète du pédicule joue un rôle important dans la mortalité des opérées.

Si on arrive à abaisser la mortalité de ce fait, et si on n'oublie pas que les opérées sont à l'abri de la récidive, on verra de puissants arguments en faveur de l'opération de Porro.

Il est vrai que ceux qui pratiquent l'opération césarienne ne sont pas inactifs et qu'à l'heure qu'il est on espère par la suture double des parois de l'utérus conjurer tous les dangers. Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de juger.

En somme, le praticien a le droit d'être fort embarrassé en présence de cette question de l'opération césarienne. On pourrait se faire une idée de cet embarras par la lecture d'une bonne thèse du Dr Boudon (1885) sur l'opération césarienne et l'opération de Porro. Aussi, pour les raisons que j'ai développées plus haut, je ne

trancherai pas la question aussi facilement que M. Delaissement. Voici comment je comprends l'application de ce que l'expérience du passé nous enseigne :

J'ai dit, et je le répète, que le céphalotribe, qui donne d'excellents résultats à 7 centimètres et de fort bons à 6 centimètres et demi entre des mains exercées, donne pour ceux qui s'en servent rarement, à ces degrés de rétrécissement, des résultats désastreux. Aussi le degré où on abandonnera le céphalotribe doit varier avec l'opérateur.

De même, je ne conseille pas une opération de Porro à un homme peu habitué aux opérations abdominales ; il aura trop de chances contre lui : l'opération césarienne est beaucoup plus simple, et à la campagne, dans des conditions favorables, elle ne sera jamais remplacée par l'opération de Porro. Et, dans ce cas, je ne lui conseille pas davantage une suture compliquée, qui aggravera singulièrement le traumatisme et diminuera ses chances.

A la ville et surtout à l'hôpital, l'opération de Porro permettant l'antisepsie, beaucoup plus facile, sera pratiquée avec beaucoup plus de chances. Certainement nous aurions déjà des chances de réussir l'opération césarienne simple plus qu'on ne le pensait autrefois, mais nous ne serions pas mis à l'abri des complications des plaies aussi sûrement.

Mais en outre, je suppose un opérateur bien outillé, prêt à faire l'une ou l'autre de ces opérations ; je crois que l'opération césarienne ne devra guère être faite dans les cas où l'utérus est infecté, où le travail a été long, où la poche des eaux est rompue depuis longtemps, où une hémorrhagie intense a nécessité un peu de contusion des parois.

Dans les cas de corps fibreux, au contraire, comme celui que j'ai opéré, je referais encore l'opération césarienne simple, l'ablation de l'utérus étant souvent impraticable en ces cas.

Enfin dans des cas d'opération césarienne facile, avec médiocre perte de sang et état très aseptique des organes génitaux, je ferais volontiers la césarienne simple suivie de suture double des parois, comme dans les beaux cas de succès rapportés récemment par Léopoldt.

En donnant ces indications, je ne vise pas à l'éclectisme. Je crois qu'il y a des indications différentes pour les deux opérations, plutôt qu'un parallèle à établir entre elles. La pratique seule permet de juger définitivement une question aussi complexe, et je n'ai pas voulu laisser passer cette occasion de vous signaler ce qu'enseignait l'observation des faits. Je veux ajouter enfin que, pour l'un et l'autre cas, l'opérateur devra compter sur une mortalité éle-

vée. Il y a pour tout le monde des séries heureuses ; mais il ne faudrait pas trop compter sur leur renouvellement.

Conclusions. — Je vous propose : 1° de déposer aux archives l'observation que j'ai analysée ainsi que le mémoire de M. Delaissement ; 2° d'adresser des remerciements à l'auteur pour cette intéressante communication.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

M. Le Bec lit une observation intitulée : *Tumeur fibro-kystique développée aux dépens du ligament large et enlevée par la laparotomie.*

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Polaillon, Périer et Lucas-Championnière, rapporteur.)

Communication.

M. Delorme, médecin-major de 1re classe, donne le résumé d'un travail intitulé : *Intervention chez les tuberculeux.*

(Commission composée de MM. Humbert, Berger et Nepveu, rapporteur.)

Communication.

M. Routier lit une observation intitulée : *Fracture ancienne du crâne avec enfoncement; accès épileptiformes; trépanation quatre ans après. Guérison.*

(Commission : MM. Nicaise, Terrillon et Lucas-Championnière, rapporteur.)

Présentation de malade.

M. Théophile Anger présente un jeune homme de 19 ans, italien, qui, le 2 janvier 1886, dans une rixe, reçut un coup de stylet à un

centimètre et demi à droite et un peu au-dessous de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Il tomba sans connaissance et ne put se relever. Transporté à l'hôpital Cochin quelques heures après, il présente tous les signes d'une hémisection de la moelle, à droite.

Il ne peut marcher ni lever le membre inférieur droit; de ce côté, paralysie du mouvement presque complète, avec hyperesthésie cutanée. A gauche, mouvements conservés; aucune perte de force musculaire, mais paralysie complète de la sensibilité. On peut pincer, piquer la peau de tout le membre inférieur gauche sans provoquer la moindre douleur.

Les phénomènes observés chez ce blessé sont les mêmes que ceux obtenus par Brown-Séquard sur les animaux, dans ses expériences sur l'hémisection de la moelle; ils confirment absolument les résultats indiqués par ce savant physiologiste.

Un mois s'est écoulé depuis la blessure. Le jeune homme est venu à pied de l'hôpital Cochin à la Société de chirurgie. Il accuse encore une certaine faiblesse dans la jambe droite, et, à gauche, la sensibilité est un peu obtuse. Néanmoins, l'amélioration qui s'est montrée depuis le début permet d'espérer une guérison complète.

Discussion.

M. Berger. Je suis peu porté à admettre qu'il y ait eu réellement hémisection de la moelle chez ce jeune homme; je pense qu'il y a eu seulement une compression plus ou moins marquée d'une des moitiés de la moelle. Il ne faut pas oublier que tous les faits connus d'hémisection se sont, jusqu'ici, terminés par la mort.

M. Després a observé un accident analogue. Un homme se tira dans la bouche un coup de revolver du calibre n° 7. Les premiers phénomènes notés furent une paralysie limitée aux muscles de l'avant-bras, et un peu de contracture au membre inférieur. Examinant l'intérieur de la bouche, M. Després ne put voir l'orifice d'entrée de la balle et il pensa que la balle avait dévié pour aller sectionner une ou deux racines du plexus brachial. Il attribua la contracture du membre inférieur à une compression localisée de la moelle.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 10 février 1886.

Présidence de M. HORTELOUP.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie* (dernier fascicule de 1885) ;

3° Les *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux* (3e et 4e fascicules pour 1884. Paris, 1885) ;

4° *Contribution à l'étude des tumeurs de l'urèthre chez la femme*, par le Dr TROQUART (de Bordeaux) ;

5° Une lettre de remerciements de M. le Dr BOUILLET (de Béziers), lauréat de la Société pour le prix Gerdy ;

6° Une lettre de M. Depaul (Amédée), qui prie la Société de vouloir bien accepter, au nom de sa famille, un portrait du professeur Depaul, son père ;

7° *Deux cas d'intervention chirurgicale sur des malades atteints de maladie d'Addison*, par M. le Dr ANGOGNON (Commissaire : M. Reclus) ;

8° *Imperforation complète de l'hymen*, par le Dr OSREKI (de Montgeron) (Commissaire : M. Le Dentu) ;

9° *Inversion de l'utérus. Ligatures suivant le procédé de M. Périer*, par le professeur PONCET (de Lyon) (Commissaire : M. Périer).

Rapport.

M. CHAUVEL lit un rapport sur un travail de M. Mabboux, médecin-major à l'hôpital militaire de Lille, intitulé :

Contribution à l'étude des éléments de pronostic et de détermination opératoire chez les tuberculeux.

Il y a déjà bien des années que les chirurgiens sont divisés sur

la conduite à tenir dans les manifestations locales de la tuberculose, quand s'ajoutent aux accidents locaux les signes indéniables d'une altération viscérale et surtout de la phthisie pulmonaire. Même à l'époque où les tumeurs blanches, les arthrites fongueuses, les caries, étaient considérées par tous comme des lésions simplement scrofuleuses, leur influence sur la marche des tubercules du poumon était diversement appréciée. Pour les uns, la lésion locale, articulaire, était une sorte de dérivation, de soupape toujours ouverte à la sortie des tumeurs altérées; la supprimer, la fermer par l'amputation de la partie, c'était imprimer sûrement un coup de fouet à la bronchite spécifique, c'était précipiter la mort du malheureux amputé. D'autres, au contraire, faisaient observer que, loin d'être un émonctoire, la tumeur blanche était une cause permanente de souffrances, d'irritation, de fièvre, d'épuisement; que le retranchement de la partie malade, en supprimant cette source de douleurs, amenait une amélioration rapide, parfois même une guérison complète et définitive de la lésion pulmonaire. Ils se demandaient si cette dernière n'était pas une simple conséquence de l'épuisement produit par les suppurations chroniques des os et des synoviales, si l'opération hâtive ne pouvait pas avoir pour résultat d'empêcher le développement des accidents viscéraux. Cette école était celle des jeunes chirurgiens, celle qui compta dans ses rangs, à un moment de leur carrière, Velpeau, Nélaton, etc.

Bonnet, en montrant la possibilité de guérir les tumeurs blanches par l'immobilisation absolue, jointe à la compression et à une révulsion énergique, fit oublier un instant les dissidences signalées. Mais les découvertes modernes les ont ramenées, plus prononcées en apparence que jamais, et, comme jadis, les chirurgiens sont divisés en deux camps. Les uns préconisent l'intervention hâtive, hardie, audacieuse, l'extirpation complète du mal, si loin qu'il faille porter l'instrument dans le but d'empêcher la propagation, la dispersion des microbes; les autres, redoutant les accidents graves, inattendus, qui succèdent aux opérations les plus simples, les mieux conduites, accusant presque, s'ils n'osent le dire tout haut, l'intervention la plus légère d'être le point de départ, la cause de la généralisation de la tuberculose, se montrent beaucoup plus réservés. Les uns et les autres invoquent à l'appui de leur doctrine l'autorité des faits, et les faits qu'ils apportent semblent leur donner raison.

Vous vous rappelez les nombreuses observations résumées par M. le professeur Verneuil, pour prouver les dangers de l'intervention, et les discussions qui ont suivi l'exposé de ses opinions. Pour moi, comme pour beaucoup d'entre nous peut-être, il en est ressorti ce fait important : qu'aucune règle précise ne pouvait être

établie jusqu'ici ; je parle d'une règle *assez sûre* pour guider les jeunes chirurgiens. Dangers dans l'intervention, dangers non moindres dans l'abstention. Si les insuccès des opérations nous frappent, si les morts promptes, attribuées au traumatisme chirurgical, nous effrayent par leur rapidité même, il ne faut pas oublier les morts plus lentes mais plus nombreuses aussi qui résultent de la non-intervention. Je sais bien que celles-ci sont mises sur le compte des progrès naturels d'un mal irrémédiable : la chirurgie n'a pas à les endosser. Mais le médecin qui laisse succomber sans intervenir un homme atteint de pleurésie purulente, d'œdème de la glotte, de hernie étranglée, de rétention d'urine, peut aussi dire, pour sa décharge, qu'il n'a pas voulu exposer son malade aux chances mauvaises de l'intervention.

Il n'y a donc pas lieu de s'astreindre à une règle unique, d'adopter l'expectation constante ou l'intervention quand même ; la chirurgie, comme la médecine, est affaire d'indication : nous soignons les malades et non la maladie. C'est un point de ce système que M. le D[r] Mabboux a étudié dans les deux observations qu'il nous a communiquées.

La première se rapporte à un soldat de 24 ans, de famille tuberculeuse, lequel entre à l'hôpital de Lille en avril 1885, atteint de carie du quatrième métatarsien, en même temps que de tuberculose pulmonaire probable. La résection de l'os malade, l'enlèvement des fongosités, sont suivis d'une synovite de la gaine des péroniers. En même temps la fièvre hectique se prononce, bien que la recherche des bacilles soit absolument négative. En mai, en juin surtout, l'articulation tibio-tarsienne est envahie par la suppuration. M..., qui a refusé tout d'abord l'amputation de la jambe, la réclame à grands cris, et, malgré le mauvais état général, le D[r] Mabboux la pratique le 19 juin au lieu d'élection, par la méthode circulaire. La guérison est rapide, la fièvre tombe, les signes de phthisie s'effacent puis disparaissent, et, le 30 octobre, l'amputé, rentré dans son pays, continue de jouir d'une bonne santé. L'autopsie du pied montre une ostéite des os du tarse, avec synovites fongueuses. L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Notre collègue ne met pas en doute l'existence de la tuberculose pulmonaire, malgré la non-constatation des bacilles, et invoque en faveur de son opinion les signes si nets et si précis relevés par la clinique. Il en conclut au succès thérapeutique en même temps qu'au succès opératoire de son intervention.

La seconde observation est, en apparence, moins favorable à la doctrine de l'intervention opératoire. Un caporal du 43[e] de ligne, âgé de 24 ans, entre à l'hôpital de Lille, en mai 1885, pour une arthrite du genou gauche consécutive à une chute et datant d'un

mois seulement. C... a eu une hémoptysie en 1884; depuis il se porte bien. L'insuccès des révulsifs et de l'immobilisation conduit à pratiquer une ponction aspiratrice le 1er juillet, une seconde le 22 juillet, enfin une troisième le 15 août; le liquide devient manifestement purulent. L'état local s'aggrave, la toux devient sèche, fréquente, induration au sommet gauche, frottements pleurétiques. On fait, le 24 avril, l'arthrotomie antiseptique, évacuant le pus, enlevant les fongosités articulaires, ruginant les os dénudés.

Loin d'amener du calme, l'intervention est suivie d'un redoublement de souffrances et d'accidents probables de méningite; la phthisie se prononce, des escharres se forment au sacrum et aux talons. En septembre, les douleurs deviennent atroces, l'amaigrissement extrême, l'épuisement complet, la gangrène imminente, la mort rapide, certaine. Pour abréger les tourments du malheureux, malgré la gravité de la situation et les faibles chances de succès, notre collègue, cédant malgré lui aux prières du moribond, se décide à intervenir. Le 16 septembre, il ampute la cuisse au tiers inférieur. L'examen microscopique du genou montre les lésions de l'arthrite tuberculeuse à son plus haut degré de développement.

Sitôt après l'opération, l'état s'améliore, le sommeil revient, les douleurs cessent. Un instant on peut croire le malade sauvé. La plaie se cicatrise dans la profondeur, les sueurs et la fièvre ne se montrent plus, le moignon prend forme. Malheureusement cette amélioration n'est que temporaire. Dès le 8 octobre, la fièvre hectique reparaît, le moignon s'ulcère et suppure, l'affaiblissement se prononce. Il semble que la tuberculose se localise sur les viscères de l'abdomen et sur le péritoine, non sur les poumons. La diarrhée éclate, l'état est plus que grave, la mort semble prochaine.

M. le Dr Mabboux, dans une lettre du 21 janvier, nous apprend que son malade est mort le 18 janvier par tuberculose généralisée, sans guérison du moignon; mais sans les douleurs atroces qui avaient motivé l'amputation, il n'y avait pas de récidive locale. Notre confrère, au reste, maintient les conclusions de son premier travail. Il n'y a pas eu succès thérapeutique, pas même succès opératoire. Avons-nous eu tort d'amputer cet homme? se demande M. Mabboux, et il répond par la négative. L'opération était réclamée à grands cris par le malade, en raison des douleurs atroces qu'il éprouvait, et aujourd'hui encore, dit notre collègue, il nous remercie de l'avoir débarrassé.

Sans doute les questions de sentiment n'ont que peu à intervenir dans l'étude des indications opératoires, et cependant il est impossible au chirurgien de n'en pas tenir compte. Quand la mort

à bref délai n'est plus douteuse, quand les douleurs sont insupportables, qui oserait refuser l'opération demandée? Si elle ne peut guérir, elle soulage au moins pour un temps. Comme le dit notre confrère, les chirurgiens de tous les siècles ont rangé les douleurs excessives et incoercibles parmi les indications de l'intervention. Mais, quand la souffrance est seule en jeu, l'amputation est peut-être un moyen trop radical à mettre en usage, au moins avant d'avoir tout tenté.

Les progrès de la phthisie sont-ils dus à l'opération pratiquée? Non, répond M. Mabboux, puisque ces progrès ne se sont montrés qu'après 25 jours, après une amélioration manifeste de l'état général. Si le traumatisme avait eu cette influence néfaste, elle se fût produite immédiatement après l'amputation et non 25 jours plus tard. On pourrait soutenir, au contraire, que l'affection pulmonaire, un instant améliorée par l'intervention, n'a fait plus tard que reprendre sa marche normale.

Notre collègue, après ces quelques réflexions, termine son travail par les conclusions suivantes : « Les deux observations nous paraissent favorables à la cause de l'intervention chirurgicale chez les phthisiques, dans des conditions et des limites que nous résumons dans les trois propositions suivantes :

« 1° L'existence de lésions pulmonaires tuberculeuses, même avancées, n'est pas une contre-indication à l'amputation d'un membre atteint de tumeur blanche suppurée, lorsque cette lésion externe domine la scène pathologique et menace par elle-même l'existence ;

« 2° L'opération, en supprimant les causes d'épuisement dues à la lésion articulaire, peut enrayer les progrès de la lésion viscérale, au point de replacer les poumons dans un état fonctionnel normal;

« 3° Même dans les cas où la phthisie doit suivre son cours, l'amputation du membre malade peut placer le sujet dans une meilleure situation, ne fût-ce qu'en supprimant des douleurs intolérables, et par conséquent l'abstention dictée uniquement par l'impuissance curative de l'intervention n'est pas légitime. »

Je ne suis certainement pas des chirurgiens que travaille le désir de manier le couteau et la scie, et cependant, s'il m'était permis de faire un reproche à M. le Dr Mabboux, ce serait de n'avoir pas amputé plus vite son second malade, peut-être même le premier. Je range, pour ma part, les tuberculoses osseuses et articulaires parmi les affections qui ne se trouvent généralement pas bien des interventions incomplètes. Sans doute, il n'est pas aisé de faire accepter l'amputation par un malade qui souffre depuis peu et ne comprend pas aisément la nécessité d'une opération aussi radicale. Mais le devoir du chirurgien est de s'efforcer de le

convaincre. Quand un malade se présente à nous avec une tumeur maligne des os, nous n'hésitons pas à lui conseiller l'amputation. Telle est du moins, à mon avis, la conduite la plus rationnelle. Peut-être le jour n'est-il pas éloigné où la tuberculose osseuse et articulaire, la tuberculose locale, considérée à son tour comme une néoplasie, d'autant plus maligne qu'elle a plus de tendance à se généraliser, sera traitée d'après les mêmes règles que le sarcome et le carcinome. Quand la destruction sur place sera impossible, quand les conditions anatomiques ne permettront pas l'extirpation complète, certaine, de tous les tissus atteints, et ces conditions se présentent fréquemment pour les ostéites et synovites fongueuses, on se décidera de bonne heure à l'amputation.

Dans ce cas, l'existence des lésions pulmonaires doit-elle être une contre-indication absolue de l'amputation? Avec M. Mabboux, nous dirons hardiment non. Les faits de guérison temporaire, prolongée, sont communs dans ces conditions; les guérisons durables n'ont même rien d'exceptionnel. Il y a deux ans, j'ai amputé la jambe d'un vieux soldat, atteint d'arthrite fongueuse du tarse, dont l'état cachectique m'avait fait tout d'abord hésiter. Mon collègue, le D[r] Kelsch, avait confirmé les soupçons que l'état des poumons, du ventre, m'avait fait concevoir, et, comme moi, il crut à une tuberculisation pulmonaire et péritonéale. Depuis un an, ce malheureux traînait sur un lit, épuisé par les souffrances, la suppuration, la fièvre; il était venu au Val-de-Grâce pour qu'on l'amputât. Je finis par céder à ses désirs, et après des hémorrhagies répétées, périodiques, le moignon se ferma, et l'amputé, pourvu d'un pilon, engraissé, gai, satisfait, put rejoindre son pays natal.

Bien des fois pendant la longue durée de sa cure, après ces pertes de sang profuses qui nous obligeaient à renouveler le pansement tous les trois à quatre jours, bien des fois, dis-je, je me suis reproché d'avoir obéi à ses sollicitations. Et cependant le succès définitif a donné raison au patient. Qui de nous n'a pas opéré dans de semblables conditions? Qui peut se vanter d'avoir su toujours résister aux instances d'un malheureux? Je dirai comme M. Mabboux que, si nous n'avons pas su blâmer le chirurgien qui puise dans la science le courage de s'abstenir et d'assister impassible à une longue et cruelle agonie, nous avons moins encore le droit de faire un reproche à celui qui cherche dans l'amputation un moyen de supprimer les tortures et peut-être de prolonger la vie d'un patient.

Laissons donc à chacun le droit de suivre la conduite qu'il juge préférable, et n'édictons pas de ces règles sévères, étroites, qui troublent les meilleurs au lieu de les guider.

Messieurs, je vous propose :

1° De remercier M. le Dr Mabboux de ses intéressantes observations ;
2° De déposer son travail dans nos archives.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Discussion.

M. Desprès. La généralisation de la tuberculose par la propagation d'un microbe est aujourd'hui si généralement admise, qu'il est presque inutile de protester ; je crois cependant devoir le faire ; mais ce sera l'avenir qui décidera.

Quant à la question que M. le rapporteur a spécialement abordée dans son travail, elle est depuis longtemps en litige, mais me paraît aujourd'hui jugée. D'ailleurs, on ne peut poser des règles absolues pour l'intervention chez les tuberculeux. Il y en a qui bénéficient d'une amputation. C'est ainsi que j'ai amputé de la cuisse, dans mon service, un tuberculeux qui avait craché du sang et qui portait une tumeur blanche ulcérée du genou. Il a guéri ; mais, deux ans après, il a vu se développer sur l'autre jambe des ulcérations tuberculeuses et a fini par mourir.

Les tuberculeux qui ont une tumeur blanche non suppurée ne doivent pas être amputés ; il faut traiter leur articulation, comme le faisait Bonnet, par l'immobilisation et la compression. J'ai dans mon service un malade qui est dans ce cas, et depuis deux hivers il se maintient en assez bon état, avec quelques petites hémoptysies.

L'auteur du travail dont il vient de nous être rendu compte a généralement à traiter des hommes jeunes, auxquels l'amputation peut rendre de grands services. Cependant j'estime que dans le deuxième cas rapporté par lui il n'eût pas dû amputer.

Il y a des tumeurs blanches qui ne s'accompagnent pas de tuberculisation. Celles qui se développent, comme c'est le plus ordinaire chez les tuberculeux, ne doivent être traitées par l'amputation que si l'on peut espérer une ou deux années de guérison.

M. Lucas-Championnière. Dans le travail de M. Mabboux, plusieurs des malades étaient tourmentés par des douleurs vives ; c'étaient presque des agonisants. Je suis d'avis que, dans ce cas, on doit amputer, dans le but de procurer quelques mois de repos aux patients. Il est vrai que les statistiques se trouvent ainsi chargées d'opérations dont la terminaison a été, en définitive, non favorable. Mais c'est là un côté tout à fait accessoire de la question.

La véritable question est de savoir si on doit intervenir chez un tuberculeux pour le débarrasser par une opération d'une lésion tuberculeuse. M. Ollier, dont j'invoque l'autorité en cette matière, a dans un ouvrage récent montré que les opérations, même partielles, peuvent être faites sur des tuberculeux. Ne voit-on pas guérir spontanément chez eux des tuberculisations locales? On est donc en droit d'espérer encore mieux lorsqu'on les débarrasse par une opération de leur lésion tuberculeuse. M. Ollier affirme même qu'on peut quelquefois, dans les résections, laisser sans les enlever des parties osseuses malades et les voir guérir. Après la cicatrisation, les malades engraissent et leur état général s'améliore. Plus tard, il est vrai, il peut survenir de nouveaux accidents, mais les opérations radicales ne mettent pas non plus à l'abri des poussées ultérieures de la maladie.

Je dois cependant faire une réserve. Quand, après l'opération, la suppuration se fait, les conditions sont bien moins favorables; si elle est évitée par une réunion primitive complète, le résultat a chance d'être définitif.

En somme, je suis partisan de l'intervention chez les tuberculeux, mais je suis moins sévère que M. Chauvel, qui préconise l'ablation radicale du mal, et je crois à l'utilité des ablations même partielles.

M. Verneuil. De même que pour les cancéreux, on est conduit à pratiquer des opérations qui n'ont d'autre effet que de les soulager momentanément; de même, on est amené à pratiquer chez les tuberculeux des opérations destinées seulement à diminuer leurs souffrances.

Mais chez les tuberculeux atteints de tumeurs blanches, il ne faut intervenir par une opération que s'il existe déjà des fistules et de la suppuration, car on guérit, chez eux, beaucoup d'arthrites fongueuses par la compression. Chaque année, dans mon service, je ne fais pas plus de deux ou trois amputations chez les tuberculeux pour affections articulaires, et je pratique encore moins de résections.

J'ajouterai que, parmi ces résections, la résection de l'articulation coxo-fémorale chez les tuberculeux a donné, à elle seule, autant de fois lieu à l'explosion de méningites ou de généralisation rapide de la tuberculisation que toutes les autres opérations pratiquées dans les mêmes conditions.

M. Berger. Dans une discussion précédente sur ce sujet, j'ai cité quelques exemples de généralisation rapide de la tuberculose après des amputations pratiquées pour des tumeurs blanches. Mais, d'autre part, dans ces derniers temps, j'ai vu manifestement ré-

trocéder la maladie, au moins dans un cas. C'était chez un jeune homme de Bicêtre, chez lequel mon collègue M. Joffroy avait trouvé des signes non équivoques de tuberculisation. Depuis que je lui ai pratiqué l'amputation de la cuisse, ce jeune homme a recouvré une santé florissante.

Chez un vieillard qui était atteint de cavernes pulmonaires et dans un état d'affaiblissement extrême, j'ai vu également l'amputation radio-carpienne amener une guérison inespérée. Mais je crois qu'il faut chercher à obtenir la réunion primitive, en opérant dans les parties saines. Les résections incomplètes chez les tuberculeux me paraissent mauvaises.

M. Reclus. Le fait suivant m'a beaucoup frappé. Un homme que j'ai soigné à la Salpêtrière avait une carie des 1er et 2e métatarsiens. Je dus lui faire la désarticulation de Lisfranc. La réunion primitive fut obtenue d'une manière complète ; mais, au bout de quelques jours, il se développa à la face plantaire, au niveau d'une contre-ouverture faite pendant l'opération, un fongus volumineux. M. Kirmisson, qui me succéda dans le service, effrayé, comme je l'avais été moi-même, proposa au malade une nouvelle amputation à la partie inférieure de la jambe. Cependant le malade a guéri sans intervention, et si complètement que M. Farabeuf a pu faire mouler son pied comme un type parfait de moignon dans la désarticulation de Lisfranc.

M. Pozzi. Je ne pense pas, comme le veulent M. Berger et quelques-uns de mes collègues, qu'il soit indispensable, quand on opère chez les tuberculeux, d'amputer toujours dans les parties saines. Chez une jeune femme, j'ai pratiqué l'amputation à la partie moyenne de la jambe, au milieu de trajets fistuleux que j'ai dû gratter, exciser et curer de manière à remettre, en quelque sorte, les lambeaux à neuf, et j'ai obtenu une réunion primitive très belle. Cependant, quand il s'agit des os, je crois qu'il faut faire l'ablation de toutes les parties malades.

M. Richelot. Sur un jeune homme qui portait au cou des masses ganglionnaires volumineuses et suppurantes et dont l'émaciation était très prononcée, j'ai fait l'ablation d'une partie seulement des ganglions. Malgré cela, la réunion a été obtenue, et les ganglions que je n'avais pas enlevés ont fini par disparaître. Le malade, d'autre part, a vu se développer une tumeur blanche du coude.

M. Polaillon. J'ai présenté à la Société, il y a deux ans environ, un malade auquel j'avais fait la résection du poignet. L'arthrite était de nature tuberculeuse et je n'ai pas pu enlever toutes les

parties malades; cependant mon opéré a guéri. J'ai de même, antérieurement, cité plusieurs cas dans lesquels l'amputation pratiquée chez des tuberculeux avait amélioré leur état.

M. Le Fort. Ce ne sont pas les cas isolés qui peuvent beaucoup élucider la question. Il y a longtemps qu'on a cité des faits d'amélioration obtenue par l'amputation chez les tuberculeux. De même on voit, à la suite de lésions osseuses traumatiques, la tuberculisation se développer chez des individus en pleine santé.

Je dois dire aussi que la suppuration n'est pas autant à redouter qu'on pourrait croire, après l'amputation. Des malades qui ne fournissaient avant l'amputation que de petites quantités de pus et qui maigrissaient, engraissent souvent alors qu'après l'amputation la suppuration a été abondante. Une petite quantité de suppuration osseuse suffit souvent pour épuiser beaucoup les malades.

Dans mon mémoire sur les résections de la hanche, qui remonte à une date déjà lointaine, j'avais pu donner les résultats éloignés de l'opération chez tous les opérés, sauf un, que j'avais pris la peine de rechercher et d'examiner. Or, j'ai pu voir que les morts par méningite après la résection de l'articulation coxo-fémorale n'étaient pas aussi fréquentes que le dit M. Verneuil.

Après les résections, on voit quelquefois les os guérir, mais des fongosités se reproduire dans les parties molles. Je considère, d'ailleurs, les résections incomplètes comme donnant des résultats, en général, moins bons.

Somme toute, je crois qu'en présence d'un malade tuberculeux, âgé et très affaibli, l'abstention est préférable. En présence d'un malade jeune, on peut encore opérer dans les mêmes conditions.

M. Trélat. Il semble qu'aujourd'hui le nombre des membres de la Société partisans de l'intervention opératoire chez les tuberculeux soit plus considérable que lors de la dernière discussion. Pour ma part, je n'ai pas changé d'opinion et je dis : Lorsqu'on opère chez un tuberculeux, *il faut enlever la totalité du mal.*

M. Polaillon a dû tout enlever chez son malade qui a guéri ; du moins, il n'a pas dû laisser de parties atteintes par la tuberculose.

Je suis d'avis aussi que si la réunion primitive manque, il faut tâcher d'avoir le minimum de suppuration.

Mais le tuberculeux est un individu infecté par des bacilles. On n'est donc chez lui jamais sûr d'enlever tout le mal. Il y a des ostéo-myélites cachées qui durent des années et ne se révèlent pas d'abord à l'observateur. Le foyer peut évoluer ensuite et ne se montrer que tardivement. Il y a toujours, lorsqu'il doit intervenir

chez le tuberculeux, une certaine ignorance de la part du chirurgien, et, par suite, un certain aléa.

Si l'on a examiné le malade complètement, en règle générale, on l'améliore par l'opération. Il n'y a pas de bonnes raisons pour soutenir qu'une amputation est supérieure à une résection. Telle est, en effet, l'opinion de M. Ollier, et on ne peut pas dire systématiquement que la tuberculisation conduit à amputer plutôt qu'à réséquer. Ce ne peut être là une doctrine générale. La forme, l'étendue des lésions, doivent seules imposer l'amputation.

M. Chauvel. Je n'ai pas eu l'intention d'envisager toutes les conditions dans lesquelles le chirurgien peut se trouver en présence des tuberculeux. M. Mabboux a voulu prouver que, chez certains d'entre eux, on pouvait être conduit à amputer pour soulager de vives souffrances et non pour guérir la lésion.

M. Desprès. On a parlé des opinions anciennes sur la question qui vient d'être discutée. Je tiens à rappeler que c'est Velpeau qui, dans sa clinique, a dit que, chez des malades amputés avec des *engorgements des poumons*, on avait vu cet engorgement disparaître après l'amputation. C'est la même idée qu'a soutenue depuis M. Richet.

Communication.

M. Terrier lit un travail sur une observation de kyste hydatique du foie enlevé par la laparotomie et présente la pièce pathologique.

Kyste hydatique du foie. — Laparotomie. — Ablation de la plus grande partie du kyste. — Suture de la partie restante à la paroi abdominale. — Guérison complète en deux mois,

Par M. le Dr Terrier.

Dans une des précédentes séances de la *Société de Chirurgie*, j'ai déjà indiqué en quelques mots les principaux traits de cette nouvelle observation, qui vient à l'appui de la proposition faite par moi le 27 mai 1885, à savoir : que les kystes plus ou moins pédiculés de la face inférieure du foie peuvent être traités avec avantage par la laparotomie et l'extirpation de la plus grande partie possible de la poche kystique, réséquant ce qu'on ne peut enlever et le fixant à la paroi abdominale ouverte, comme on le fait dans une ovariotomie incomplète. Cette méthode de traite-

ment a soulevé de vives objections, il est vrai, mais elle a été récemment défendue par mon collègue et ami M. Richelot, qui l'étend même, au moins théoriquement, au traitement des kystes de la face convexe du foie.

N'ayant encore d'expérience que pour les kystes de la face inférieure du foie, je ne puis affirmer l'utilité et la valeur de la méthode que je propose que pour ces cas particuliers, réservant absolument mon jugement à propos des kystes de la face convexe et sachant d'ailleurs que quelques-uns de ces kystes ont été récemment traités de cette façon et avec succès.

Dans l'observation que j'ai communiquée à la Société, le 27 mai 1885, la guérison parfaite eut lieu en quatre mois et demi, c'est-à-dire que la fistule, résultant du mode opératoire par extirpation incomplète du kyste, fut quatre mois et demi à se fermer. A cette date, je craignais une récidive du kyste au-dessus de la cicatrice du pédicule de la tumeur largement ouverte, mais heureusement cette crainte ne s'est pas réalisée et la jeune fille est et reste parfaitement guérie.

Voyons maintenant notre seconde observation, qui diffère de la première, en ce sens que le diagnostic de kyste hydatique était fait et vérifié par une ponction exploratrice. L'origine hépatique ou splénique de la tumeur polykystique était seule discutable, en raison des antécédents de leucocythémie présentés par la malade, leucocythémie constatée par mon ami le professeur G. Hayem.

Observation (rédigée sur les notes de mon interne, M. Lepage).

Mme G... Irma, femme F..., bouchère, âgée de 42 ans et demeurant à Asnières, entra dans mon service de l'hôpital Bichat, le 12 octobre 1885, pour se faire opérer d'une tumeur hydatique de l'abdomen.

La malade est née à Paris et l'a toujours habité, elle a eu la rougeole à 5 ans ; réglée à 14 ans, mariée à 24 ans, Mme F... a eu une fille à 29 ans ; sa grossesse et son accouchement ont été normaux. Son père est mort à 74 ans, d'une affection pulmonaire ; sa mère, à 65 ans, d'une lésion du cœur ; un frère est mort tuberculeux à 35 ans ; il lui reste une sœur bien portante et sa fille.

Depuis quelques années, Mme F... se plaint de tremblements et de vomissements le matin, sans qu'on puisse les attribuer à l'alcoolisme ; l'appétit est bon ; état nerveux facile à exciter, sans crises d'hystérie. Depuis deux ans, la santé de la malade s'est altérée ; à cette époque elle me fut adressée par son médecin traitant, le Dr Hellet, et on constata très nettement une hypertrophie de la rate avec leucocythémie. L'examen du sang fut fait à l'hôpital Saint-Antoine par le professeur G. Hayem. Ces accidents disparurent assez vite sous l'influence de l'hydrothérapie, et la malade se crut parfaitement guérie pendant quelque temps. Notons qu'il n'y avait aucun antécédent de paludisme.

C'est en février 1884 que Mme F... s'aperçut que son ventre augmentait de volume sans d'ailleurs la faire souffrir ; cette tuméfaction, d'abord lente, s'accéléra depuis octobre 1884, et depuis dix-huit mois la malade ressent quelques douleurs abdominales, surtout lors de la marche.

En avril 1885, Mme F... fut prise de pleurésie double et fut soignée par le Dr Hellet. On appliqua jusqu'à 11 vésicatoires et la malade resta couchée quarante jours.

Pendant cette maladie, le ventre a encore augmenté de volume et il il y a une gêne notable des mouvements et de la marche.

Le 1er août 1885, appelé auprès de Mme F... par mon ami et ancien élève le Dr Hellet, je pratique, à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic et sur la ligne médiane, une ponction exploratrice qui donne issue à un verre environ d'un liquide clair et limpide, ne contenant pas de crochets d'hydatides. Le diagnostic de kyste hydatique est formulé, toute réserve étant faite sur le siège de la production kystique, surtout en raison des antécédents spléniques et de leucocythose.

Cette ponction soulagea la malade, et quoique les dimensions de l'abdomen fussent toujours très considérables, Mme F... put vaquer à ses occupations et même un peu marcher.

Toutefois, le volume du ventre augmentant encore, la malade se décida à entrer dans mon service pour y être opérée.

État de la malade à son entrée à l'hôpital. — Le ventre, fortement distendu, est un peu asymétrique ; les téguments offrent quelques vergetures au-dessus du pubis et dans la région sous-ombilicale ; l'ombilic est un peu saillant ; circulation collatérale des parois développée au niveau des fosses iliaques. La tumeur, arrondie, rénitente, est difficilement limitable par le palper seul ; on n'y perçoit aucun frémissement hydatique. La percussion permet de reconnaître que la tumeur occupe tout l'abdomen, sauf les flancs. Il est impossible d'établir les limites de la tumeur avec le foie ou la rate, la matité de ces organes se confondant avec celle de la néoformation. Au toucher le col est normal, l'utérus petit et mobile, les culs-de-sac libres.

La circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic donne 109 centimètres ; de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, il y a 22 centimètres ; de l'ombilic au pubis, 27 centimètres ; de l'ombilic aux deux épines iliaques antérieures et supérieures, 27 centimètres.

Les mouvements étendus de la respiration influent assez peu sur la situation de la tumeur, qui ne paraît pas suivre l'action du diaphragme, probablement à cause du volume de la masse morbide.

Pas d'œdème des jambes, pas de douleurs, aucun trouble du côté de la miction et de la défécation.

Les urines acides ne renferment ni sucre ni albumine, elles sont excrétées en quantité normale.

L'examen du sang, fait par M. Vignal, au laboratoire d'histologie du collège de France, le 23 octobre 1885, donne les résultats suivants :

Globules rouges........................	3,890,000
— blancs	12,500

Soit 1 globule blanc pour 311 rouges ; donc pas de leucocythémie. Le diagnostic est formulé : kyste hydatique à poches multiples provenant probablement du foie.

L'opération est pratiquée le 27 octobre 1885 avec l'aide de nos amis et collègues MM. Périer, Just Championnière et Berger.

L'incision médiane, sous-ombilicale, de la peau et des aponévroses sous-jacentes rapidement faite, on arrive à l'ouraque très vascularisée. L'incision est reportée un peu de côté, et on détache de chaque côté d'elle un feuillet qu'on suppose être le péritoine adhérent au kyste, dont la paroi, légèrement entamée par le bistouri, saigne beaucoup et paraît fort épaisse.

L'incision de la paroi abdominale est agrandie en haut jusqu'au-dessus de l'ombilic, et en bas jusque vers le pubis, dans l'espoir de trouver un point où le kyste serait libre d'adhérences. Cet espoir est déçu et le kyste est intimement adhérent avec la paroi abdominale.

En haut de l'incision, vers l'ombilic, en séparant par déchirure la paroi péritonéale de la poche kystique, celle-ci se crève, et il en sort aussitôt une vésicule hydatique du volume d'une petite orange bientôt suivie de deux ou trois autres.

Le kyste est alors largement ouvert, et j'en extrais 5 à 600 grammes de liquide louche et 71 poches d'hydatides, dont quelques-unes se brisent en tombant.

Le kyste constitue alors une vaste poche, s'étendant de la face inférieure du foie et même de la face inférieure du diaphragme à gauche jusqu'au bassin ; cette poche adhère à toute la paroi abdominale antérieure et en bas à la vessie.

On ne pouvait penser à laisser béante une aussi vaste cavité, et à tout prix il fallait s'efforcer d'en diminuer l'étendue et même de la pédiculiser vers sa partie supérieure, c'est-à-dire du côté du foie.

En conséquence, le plus souvent avec les doigts, quelquefois avec des ciseaux, la poche kystique fut peu à peu détachée de la face profonde de la paroi latérale gauche de l'abdomen, puis du sommet de la vessie.

Les mêmes manœuvres furent faites à droite ; la paroi, l'épiploon adhérent, furent détachés et quelques vaisseaux furent liés au catgut. L'appendice cæcal, adhérant aussi à la tumeur, fut lié à son extrémité, qui donnait un peu de sang.

En relevant peu à peu cette poche, on s'aperçut que le grand épiploon était intimement adhérent à sa face postérieure, tellement adhérent même, qu'on ne tenta pas de l'en détacher, sauf à gauche, où l'on put séparer et lier deux gros vaisseaux épiploïques.

La poche kystique est donc peu à peu isolée de bas en haut, si bien qu'à droite on arrive sous la vésicule biliaire, très distendue mais parfaitement libre. Dans cette dissection laborieuse, la poche se déchire assez souvent, et il faut ensuite l'enlever par portion.

A gauche, l'isolement du kyste remonte jusque vers le côlon transverse, c'est-à-dire jusqu'à la partie supérieure du grand épiploon, mais

on ne peut guère aller plus loin, au moins en dedans, car en dehors la poche est isolable un peu plus haut.

Cette dissection faite, les parois de cette vaste poche — que je vous présente ici — furent disposées en collerette et suturées par de nombreux fils d'argent (13) à la partie supérieure de l'incision abdominale. On excise la paroi à mesure que l'on fait les sutures, et celles-ci sont multipliées pour éviter le sang, qui s'écoule facilement et même en jet des parois réséquées de la poche kystique.

L'abdomen est ensuite fermé par 6 points de suture profonds et 6 superficiels; après une toilette péritonéale parfaite et la vérification de toutes les adhérences saignant un peu, deux gros drains longs de 8 à 10 centimètres sont introduits dans la cavité béante du kyste; pansement avec la gaze iodoformée et l'ouate de bois. Compression avec une bande de flanelle. L'opération, faite sous le spray, a duré une heure trois quarts.

Deux vomissements aqueux dans l'après-midi; douleurs de ventre peu accusées. Une injection de morphine (1/4 de centigr.) dans la soirée.

T. 39°,3, P. 90, R. 26.

28 *octobre.* Nuit bonne, facies calme, quelques douleurs abdominales.

Le pansement est refait car il est inondé de bile.

700 grammes d'urine en 24 heures. Deux injections de morphine. Cuillerée d'eau chloroformée. Lait, champagne, eau de Vichy, glace.

Le soir, la malade se trouve bien, mais le pansement est sali par la bile.

Matin : T. 38°,5, P. 90, R. 22 ; soir : T. 38°,3, P. 95, T. 21.

29 *octobre.* Nuit bonne, la malade est calme et ne souffre plus du ventre.

Le pansement est trempé de bile, qui offre une teinte jaune ou verdâtre selon les places; les tubes de caoutchouc ont une odeur fécaloïde très accentuée; ils sont lavés et nettoyés avec soin. Pendant le pansement une vésicule hydatique s'échappe par l'ouverture du kyste. On pratique un lavage intra-kystique avec une solution de sublimé au millième. Pansement avec la poudre et la gaze à l'iodoforme.

Lait, eau de Vichy, champagne, glace. Deux piqûres de morphine. 800 grammes d'urine en 24 heures.

Matin : T. 38°,3, P. 90, R. 21 ; soir : T. 38°,2, P. 90, R. 22.

30 *octobre.* La malade se trouve bien et ne souffre que peu du ventre; langue humide, pas encore de gaz par l'anus.

Le pansement, toujours imbibé de bile, est refait en entier; on continue les lavages au sublimé. Un fil superficiel est enlevé.

Matin : T. 37°,7, P. 84, R. 20; soir : T. 38°,5, P. 95, R. 20.

31 *octobre.* Le pansement est refait et les 2 tubes semblent pénétrer moins profondément. Lavage au sublimé. On enlève 2 fils profonds et 1 superficiel, de la suture abdominale.

La malade, toujours sondée, fournit un litre d'urine en 24 heures.

Matin : T. 37°,8 ; soir : 38°,2. Les gaz sont rendus par l'anus.

1er *novembre.* La malade se trouve bien, et depuis hier soir est ren-

trée dans la salle commune. Le pansement renferme toujours de la bile. Il est refait. On enlève 2 fils profonds.

La malade s'alimente avec du potage, elle élimine 1 litre 1/4 d'urines en 24 heures.

Matin : T. 37°,4 ; soir : 38°.

2 *novembre*. L'écoulement de bile diminue et le pansement est moins sali. Une vésicule hydatique est chassée par l'injection de sublimé. On enlève un des tubes à drainage.

Matin : T. 37°,2 ; soir : 38°.

3 *novembre*. Pansement ; encore une vésicule de sortie lors de l'injection. Malgré les lavements, il n'y a pas encore eu de garde-robe et l'on est obligé d'évacuer l'intestin avec le doigt pour retirer les matières durcies. Injection de morphine le soir.

Matin ; T. 38°; soir : 37°,8.

4 *novembre*. Le pansement est à peine humecté de bile. Le tube à drainage pénètre moins loin et le pourtour de l'orifice se rétrécit.

Matin : T. 37°; soir : 38°, 2.

5 *novembre*. La malade est gaie, ne souffre pas et a un peu d'appétit, si bien qu'elle mange un peu de viande. Pansement.

Matin : T. 37°,2 ; soir : 38°,3.

6 *novembre*. La miction se fait seule depuis hier. Le ventre est souple et indolent.

Matin : T. 37°,3 ; soir : 37°,6.

7 *novembre*. On enlève les 4 derniers fils profonds.

Matin : T. 37°; soir : 37°,6.

10 *novembre*. Six fils d'argent du pourtour de l'orifice du kyste sont enlevés. La malade mange et dort bien. Le pansement est à peine taché.

11 *novembre*. Enlèvement de 5 nouveaux fils d'argent.

12 *novembre*. Les deux derniers fils sont enlevés. *En tout 13 fils.*

Les bords de l'ouverture fistuleuse sont un peu rouges et indurés, le tube à drainage pénètre peu profondément et doit être réséqué. Il ne s'écoule plus qu'un peu de sérosité jaunâtre.

14 *novembre*. A partir de cette date, Mme F..., qui va très bien, n'est plus pansée que tous les deux jours.

16 *novembre*. Quelques douleurs vésicales avec envies fréquentes d'uriner.

Matin : T. 37°,4 ; soir : 39°,8.

La malade est constipée depuis cinq à six jours. Lavement purgatif qui amène plusieurs selles abondantes.

18 *novembre*. Douleurs persistantes vers le bas-ventre. Une tuméfaction un peu douloureuse existe à droite, au niveau d'un point de suture. Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

Matin : T. 37°,2 ; soir : 38°,2.

19 *novembre*. Incision du petit abcès de la paroi abdominale ; on y place un petit drain.

Matin : T. 37°,4 ; soir : 38°,8.

20 *novembre*. Amélioration notable, sommeil. L'abcès suppure. On continue le sulfate de quinine, 50 centigrammes.

Matin : T. 37°,4 ; soir : 38°,5.

23 *novembre*. L'abcès est terminé. Le tube qui pénètre dans le kyste est diminué, la paroi demeure granuleuse et bourgeonnante.

Matin : T. 37° ; soir : 37°,4.

25 *novembre*. On supprime le sulfate de quinine.

La malade se lève le 10 décembre. Le pansement ne se fait plus que tous les 3 ou 4 jours.

15 *décembre*. Les forces reviennent avec l'embonpoint. L'appétit est bon. Le tube à drainage, long de quelques centimètres, a de la peine à tenir.

18 *décembre*. La malade sort de l'hôpital, n'ayant plus qu'une petite fistulette.

Le 23, le Dr Hellet examina Mme F..., et s'assura de la guérison complète de la fistule, soit moins de 2 mois après l'opération.

Nous devions revoir la malade le 26 décembre dernier ; depuis quelques jours elle avait manifesté des idées de suicide, que malheureusement elle mit à exécution ce jour même.

On peut résumer ce qui précède, en disant que les quatre ou cinq premiers jours qui suivirent l'opération il y eut un abondant écoulement de bile par la plaie abdominale, ce qui nécessita des pansements journaliers. Cet écoulement ne tarda pas à diminuer, et, au 8e jour, il était à peine marqué ; aussi dut-on espacer les pansements.

L'état général alla toujours en s'améliorant, à partir du jour de l'opération jusqu'à la guérison complète. La température, montée à 39°,3 le jour de l'intervention chirurgicale, arriva rapidement à osciller autour de 38°. Le 10e jour, elle n'atteignait pas 38°, et ne remonta que du 21e au 25e jour, à cause du développement d'un petit abcès de la paroi abdominale.

La cavité kystique, qui restait encore sous la face inférieure du foie, se combla relativement vite, si bien qu'on dut enlever un des tubes à drainage dès le 5e jour et raccourcir le second tube le 8e jour.

Le 10e jour qui suivit l'opération, Mme F... avait de l'appétit et dut s'alimenter facilement ; elle se leva le 43e jour et sortit du service le 51e jour, conservant encore un très petit trajet fistuleux qui fut tout à fait fermé, comme le constata le Dr Hellet, le 56e jour.

Un point assez curieux à noter, c'est la quantité de plus en plus grande d'urine éliminée par Mme F... après son opération : le 1er jour, 700 grammes ; le 2e jour, 800 grammes ; le 4e jour, 1,000 grammes, et enfin le 5e jour, 1,250 grammes. A partir de

cette époque, les urines ne furent plus régulièrement recueillies, étant normales en quantité et qualité.

Signalons encore l'odeur fécaloïde qui s'exhalait quand on retirait les tubes à drainage les 29, 30 et 31 octobre. A quoi peut être due cette odeur? Cela tient-il à une altération spéciale ou plutôt à la décomposition de ce liquide? Le fait est très probable et s'appuie sur les expériences de Valentin[1]. « Si, dit-il, on dessèche le précipité de la bile humaine en décomposition, on obtient un corps brun, qui, au moment où on y ajoute de l'eau, répand l'odeur d'excréments humains de la manière la plus prononcée. » Agit-on sur la bile du bœuf, on obtient une matière verdâtre qui exhale l'odeur bien connue de la bouse de vache[2].

Notons, d'ailleurs, que cette odeur spéciale a été signalée par d'autres que par moi, et tout récemment il en est fait mention, sans explication, d'ailleurs, dans une observation tirée du service de M. le professeur Verneuil, et publiée par son interne, M. Paul Broca[3]. Après la ponction du kyste hydatique, qui, de même que celui dont je viens de rapporter l'observation, descendait jusqu'au-devant de la vessie, la fétidité du liquide fut telle que M. le professeur Verneuil se demanda s'il n'y avait pas une fistule intestinale. L'examen histologique du liquide pratiqué par notre collègue M. Nepveu, et enfin l'autopsie de l'opéré, montrèrent qu'il n'en était rien. Ici donc, comme dans notre cas, l'odeur fécaloïde tenait à la décomposition de la bile.

Sans insister plus longuement sur ce second fait, je ne puis m'empêcher, en terminant, de demander aux collègues qui ont critiqué ma manière de faire, s'ils supposent qu'à l'aide d'une simple ponction suivie de l'introduction d'un gros trocart on eut pu : 1° éliminer les 73 hydatides contenues dans la poche que je vous présente; 2° obtenir le retrait de cette poche en moins de 2 mois; 3° enfin guérir la malade en 56 jours.

Discussion.

M. Reclus. Dans un cas de kyste hydatique du foie que j'ai opéré avec mon collègue le Dr Segond, après avoir pratiqué une incision, je n'ai pu faire la résection de la poche. J'ai dû suturer la partie saine du foie à la paroi abdominale. La cavité du kyste mesurait 33 centimètres de profondeur. L'odeur toute spéciale du liquide

[1] *Lehrbuch der Physiologie*, t. I, p. 369, et *Grundriss der Physiologie*, etc., 3e édition, p. 160.

[2] Longet, *Traité de Physiologie*, 3e édition, t. I, p. 331, 1868.

[3] Séance de la Société anatomique du 13 mars 1885 (*Progrès médical*, p. 10. Paris, 1886).

biliaire décomposé nous a frappés, et M. Féréol, qui voyait le malade, l'a comparée à celle qui s'exhale d'un vieux chenil.

Du reste, la guérison paraît devoir être obtenue rapidement, et aujourd'hui, six semaines après l'opération, un tube de 5 centimètres ne peut plus être qu'avec peine maintenu dans la cavité. Les matières fécales ont été décolorées au début, ce qui indique qu'il s'écoulait une quantité très notable de bile par la plaie; aujourd'hui l'écoulement est minime.

M. Segond a une observation analogue qu'il doit communiquer à la Société.

Présentation de pièces.

M. Pozzi présente deux pièces pathologiques, ce sont *deux utérus* qu'il a récemment enlevés par l'*hystérectomie vaginale.*

La première pièce est relative à une femme de 47 ans qui était tourmentée par des métrorrhagies continuelles et par des pertes sanieuses et fétides. Son utérus remontait au-dessus du pubis, et le diagnostic de cancer primitif du corps de l'organe avait été porté par un médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. Pozzi pensa aussi qu'il s'agissait d'un cancer du corps et pratiqua l'hystérectomie vaginale. L'opération fut laborieuse; la ligature du ligament large fut particulièrement difficile. Néanmoins l'utérus fut enlevé. Mais l'examen montra que le corps de l'utérus était seulement atteint de métrite chronique hypertrophique avec un très petit fibrome dans sa cavité.

La malade a succombé le 3e jour aux suites de l'opération.

La seconde pièce provient d'une opération faite le 31 décembre 1885, sur une femme de 23 ans qui a guéri. Il y avait un épithélioma du col, dont M. Malassez a vérifié la nature par l'examen histologique.

L'opération a été facile. Les deux ovaires ont été enlevés avec l'utérus. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie immédiate, mais il en est survenu une assez abondante dans la soirée. Des injections phéniquées et l'emploi de la gaze iodoformée ont servi à combattre les effets de la rétention et de la décomposition des caillots qui s'est produite après l'hémorrhagie. Pendant huit jours, ces accidents ont donné des craintes, mais la malade a bien guéri.

Les observations seront publiées ultérieurement dans les *Bulletins.*

Discussion.

M. Desprès. Les cas de cancer du corps de l'utérus sont tellement rares qu'il faut toujours être en défiance quand on croit se trouver

en présence de cette lésion. Je n'en connais qu'un seul cas, que j'ai présenté, en 1859, à la Société anatomique, lorsque j'étais interne de Robert.

M. Guéniot. La première pièce présentée par M. Pozzi peut être rapprochée d'un cas semblable que M. Tillaux a montré, en 1868, à la Société, et dans lequel un petit fibrome avait donné lieu aux mêmes phénomènes.

Je ferai remarquer que, dans la deuxième pièce, le col de l'utérus seul était intéressé, et cependant l'ablation a été portée jusque sur les deux ovaires. L'opération me paraît n'être pas proportionnée avec la lésion, d'autant mieux que le cancer de l'utérus ne s'étend guère en hauteur ; il progresse latéralement. Ce serait donc sur le vagin qu'il faudrait plutôt agir largement, mais après les opérations de ce genre on le laisse au contraire exposé à la récidive.

Comme dans le cas récent de M. Tillaux, il sera intéressant de connaître les suites de l'opération.

M. Pozzi. Dans mon premier cas, le diagnostic était difficile. Tout en acceptant celui qui avait été posé par un collègue, j'avais fait quelques réserves. Du reste, l'intervention s'imposait en raison de l'état grave de la femme et des hémorrhagies continuelles.

Dans le deuxième cas, il était impossible de savoir exactement où s'arrêtait l'épithélioma. La cavité du col était envahie, et comme il s'agissait d'une femme jeune, j'ai préféré enlever tout le corps de l'utérus.

Communication.

M. Poncet lit un travail intitulé :

Carie et périostite dentaire. — Infection putride. — Foyers œdémateux métastatiques et microbiens. — Leptothrix en colonies, dans les caillots cardiaques.

L'anatomie pathologique des foyers purulents a subi dans ces dernières années des transformations qui doivent modifier aussi leur symptomatologie. La description classique de l'abcès subirait sans aucun doute des modifications essentielles. L'observation que nous rapportons brièvement nous paraît contenir une de ces formes nouvelles de foyers métastatiques dans l'empoisonnement putride.

B..., âgé de 45 ans, sous-officier à la garde républicaine, marié et vivant chez lui, entre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 1er jan-

vier 1886, dans mon service, pour une périostite du maxillaire supérieur, côté droit. Le billet d'entrée portait que cet homme s'était présenté seulement la veille à la visite du médecin du corps et qu'il était resté malade chez lui, sans prévenir personne, depuis huit à dix jours, dans son ménage, soigné par sa femme, qui jugeait peu grave cette fluxion, due à une carie dentaire.

Mais, à l'hôpital, je constatais que si, en effet, il existait une fluxion dentaire, le malade était déjà sous le coup d'un état typhoïde des plus sérieux : la langue était sèche, fuligineuse, tremblotante. Le malade était pâle, prostré, répondant déjà difficilement aux questions. Le pouls était fréquent (110), assez plein ; la température élevée (38). A la mâchoire inférieure, sur l'angle et jusqu'au masséter, existait un gonflement descendant vers le muscle sterno-mastoïdien. La rougeur n'était pas très vive, et l'empâtement assez diffus ; nulle part, le pus n'était collecté, ni en dedans le long de la branche sur le périoste alvéolaire, ni en dehors. Malgré mon désir d'ouvrir le foyer profond, je remis au lendemain, me hâtant de relever les forces du patient par des toniques, du vin, de l'alcool et du sulfate de quinine, faisant pratiquer en outre des lotions chlorées dans la bouche.

J'appris que cet homme avait eu chez lui une hémorrhagie nasale assez abondante dans ces derniers jours.

Le lendemain, le gonflement maxillaire avait plutôt diminué, peu de rougeur, et moins encore de tendance à la fluctuation. Mais l'état général s'était singulièrement aggravé : réponses impossibles, subdelirium, état typhoïde des plus graves. P. 120, T. 39°.

En même temps, je constatais aux deux avant-bras la formation de deux foyers œdémateux symétriques. La face externe, depuis le milieu de l'avant-bras jusqu'à l'olécrâne, offrait un empâtement aqueux sans rougeur, facilement dépressible et conservant l'empreinte du doigt, et au sommet de l'un d'eux, à droite, s'étaient formées des phlyctènes remplies de sérosité roussâtre.

Ces œdèmes localisés, non plus que le gonflement sub-maxillaire, n'offraient de fluctuation véritable en aucun point. La peau restait jaunâtre et pâle, sans aucune rougeur, sans liséré limitant le mal d'avec la peau saine, sans adénite axillaire concomitante, sans chaleur plus accentuée à la main que sur les autres régions du corps.

Une double bronchite rendait la respiration bruyante et embarrassée : pas de matité néanmoins, pas de souffle, pas de pneumonie en un mot. Cependant un vésicatoire fut placé à la base du côté droit le plus engoué, et le malade prit avec une potion alcoolique un gramme de sulfate de quinine.

Le délire augmentait rapidement, la température dépassait 40 et la mort survenait dans la soirée.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort (température extérieure très froide). Au-dessous du maxillaire droit, nous trouvons du pus diffusé en petits foyers dans le panicule graisseux. Ces petits amas, du volume d'un pois ou d'une noisette, sont parsemés le long de la face postérieure du muscle sterno-mastoïdien jusque dans sa moitié supé-

rieure. L'enveloppe de la glande sous-maxillaire est saine : la partie inférieure du sterno-mastoïdien, le long du paquet vasculaire, n'est pas suppurée. Les veines voisines jugulaires externes et internes sont saines et ne contiennent pas de caillot. En somme, la lésion primitive paraît très limitée et de minime importance.

Poitrine : bronchite double, mais pas d'hépatisation. Pas d'épanchement, pas de suffusions sanguines sur les plèvres.

Au cœur : gros caillots fibrineux dans le ventricule droit. Un demi-verre de sérosité dans le péricarde.

Rate : volumineuse (12 cent. carrés) et réduite en bouillie; se déchirant sous la plus légère pression.

Foie : un peu gras et sclérosé, alcoolique.

Reins : normaux.

L'incision sur le foyer œdémateux de l'avant-bras droit démontre une infiltration purulente sus-aponévrotique dans le tissu cellulaire sous-cutané; le pus existe dans les aréoles, sans être constitué en foyer véritable. Au bras gauche, l'infiltration était moins avancée comme pus, mais la sérosité ruisselait à la coupe du tissu cellulaire.

Ce fait est réellement effrayant par la rapidité et l'anomalie des symptômes qui ont amené la mort pour une lésion en général vulgaire et sans gravité. Plusieurs points de cette observation doivent être retenus.

B..., maréchal des logis, âgé de 45 ans, était complètement blanc de cheveux et de barbe; de taille élevée et musclé, il était néanmoins amaigri, et paraissait avoir plutôt 60 ans que 45. C'était en un mot un homme un peu usé par le service militaire et probablement alcoolique, si nous en jugeons par l'état du foie. Le terrain était donc bien préparé pour un empoisonnement putride qui est résulté d'une cause légère en apparence, d'une suppuration produite par une carie dentaire.

Les phlegmons du cou consécutifs à ces lésions dentaires ne sont pas rares dans l'armée, et dans cette même salle, il y a un mois à peine, j'avais eu à ouvrir un de ces abcès rétro-mastoïdiens consécutif à une périostite de la branche horizontale. Le sous-officier robuste qui en était porteur était sorti guéri après dix à douze jours de repos. Mais, dans ces phlegmons péri-buccaux, il est de règle que le pus exhale une odeur infecte.

C'est à la nature spéciale de cette suppuration qu'il faut attribuer sans aucun doute les accidents toxiques survenus chez notre dernier malade.

Nous attirons tout spécialement l'attention sur la forme des foyers métastatiques apparus aux avant-bras. Elle ne répond en rien aux descriptions classiques admises pour les abcès, et nous serions fort embarrassés pour les ranger dans la nomenclature actuelle.

En effet, les abcès dits métastatiques sont annoncés par des frissons, se forment à la peau, sans bruit, sans œdème, sans douleur, sans inflammation de réaction. Ils se rapprochent des abcès froids rapidement collectés, fluctuants du jour au lendemain, et contenant beaucoup de liquide purulent plus ou moins séreux.

Ce n'est pas le cas de notre malade, qui n'a pas eu de frisson, mais qui présentait un large œdème symétrique survenu en 12 heures, sans pus collecté ni fluctuation. Cette vésicule à sérosité roussâtre n'est pas non plus le fait ordinaire des abcès métastatiques. Rien en un mot ne rappelle ici l'abcès de la résorption purulente.

Avons-nous sous les yeux un érysipèle purulent, mais le caractère essentiel de l'érysipèle, la rougeur, faisait absolument défaut. Cet énorme œdème diffus de la peau, jaune pâle, riche en sérosité, profond, épais, mal limité, n'appartient pas non plus aux symptômes de l'érysipèle.

Il diffère aussi des œdèmes malins par l'absence de toute partie centrale indurée.

Est-ce une lymphangite : il suffit de rappeler que le foyer primitif était à la mâchoire et les foyers métastatiques aux avant-bras.

En pratiquant l'autopsie et en présence de ces petits foyers purulents mal formés, après avoir déchiré cette rate en bouillie, notre opinion était faite : nous étions en présence d'une infection microbienne putride. Ces deux foyers éloignés aux bras provenaient de microbes partis de la bouche.

Il fut aisé de vérifier cette hypothèse. Des lamelles de verre furent chargées du liquide séro-purulent pris à la mâchoire et aux avant-bras. Le caillot du cœur fut plongé et durci dans l'alcool.

Les couvre-objets, imprégnés de la sérosité purulente de la mâchoire et des avant-bras et examinés avec l'objectif 8, laissent reconnaître une énorme quantité de micrococci disposés en chaînette, répandus surtout en dehors des éléments. La préparation en fourmille littéralement ; le pus ordinaire, étudié de la même façon, ne contient pas la millième partie des micrococci que nous trouvons sur nos lamelles. La sérosité issue des foyers œdémateux purulents doit être considérée comme absolument constituée par des amas de micrococci entre quelques globules blancs dont les noyaux sont en voie de division.

L'examen du caillot du cœur a révélé au milieu de la fibrine la présence d'un état plus avancé dans l'évolution des microbes. Sur des coupes faites au bichlorure de méthylène par congélation, puis teintées dans des solutions à l'huile d'aniline et enfin décolorées à l'alcool pur, les micrococci formaient de véritables colo-

nies mesurant plus d'un dixième de millimètre et dans lesquelles les éléments constituaient alors un chevelu de végétations parasitaires, en longues branches enchevêtrées caractéristiques du leptothrix; d'autres colonies étaient du reste moins avancées et ne comprenaient que des micrococci isolés. Cette différence dans l'état des parasites s'explique très bien par la nature même du caillot qui, dur, fibrineux, très résistant, s'était formé dans les dernières heures de la vie, permettant par conséquent aux micrococci renfermés dans le lacis fibrineux d'évoluer et de réaliser des cultures dans un organe vivant. Nous les avons retrouvées dans les coupes colorées soit à la fuchsine, soit au bleu de méthyle, et en très grand nombre.

Nous n'avons pas cherché, par des cultures spéciales et comparatives, à déterminer la nature du microcoque, bien qu'il eût été intéressant de savoir s'il se rattache à ceux qui ont été décrits par Schrott et Miller (*leptothrix buccalis, protococcus dentalis*) dans les caries dentaires. Les colonies des caillots cardiaques nous semblent cependant assez développées pour permettre cette classification, et la forme en chevelu les rattache certainement au leptothrix; mais nous n'oserions affirmer l'identité du leptothrix buccalis et des végétations parasitaires des caillots.

La conclusion clinique à tirer de ce fait est le danger de l'infection putride parasitaire, microbienne, par une simple carie dentaire, compliquée de périostite. Chez un homme prédisposé par un mauvais état général antérieur, cette infection provenant d'une cause bénigne, peut amener rapidement la mort.

La forme œdémateuse que prennent tout d'abord les foyers d'infection l'éloigne des abcès métastatiques, de l'érysipèle et du phlegmon.

Constitués par des amas de micrococci, dans les liquides de l'organisme, ces œdèmes sont d'un pronostic très grave et probablement mortel. Ils doivent prendre place parmi les formes les plus dangereuses de l'infection putride microbienne.

(Les préparations des microbes du pus, de l'œdème et des caillots cardiaques ont été présentées à la Société.)

Présentation de malade.

M. Poulet présente un malade auquel il a pratiqué une *laparotomie pour un kyste hydatique du foie.*

L'opération a été faite le 12 novembre 1885. Les bords de la

poche ont été suturés à la paroi abdominale. La fistule est aujourd'hui fermée. Une ponction avait été pratiquée avant l'opération et avait donné lieu à des accidents.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

La Société se forme en comité secret.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 17 février 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Le *Rapport des opérations de la Commission géologique et d'histoire naturelle du Canada*, pour les années 1882, 1883 et 1884;

3° M. le Dr Després, retenu pour la session du Conseil municipal, demande un congé de deux mois (Commission des congés);

4° M. le Dr Fleury (de Clermont), membre correspondant, envoie une observation de *Déchirure de la région périnéale de l'urèthre par chute d'un lieu élevé* (lecture en sera donnée dans une des prochaines séances).

La Société donne comme sujets à traiter pour les prix à décerner en 1887 :

1° Pour le prix Demarquay :

Pathogénie et traitement des kystes hydatiques du foie.

2° Pour le prix Gerdy :

Des hernies adhérentes au sac; accidents et thérapeutique.

Présentation de malades.

Trachéotomie préventive dans une ablation d'un cancer du plancher de la bouche,

Par M. Ch. Monod.

M. Monod présente deux femmes ayant subi, l'une une *ablation du maxillaire supérieur* pour un cancer de cet os, l'autre une *désarticulation de la moitié droite du maxillaire inférieur* pour un épithélioma du plancher de la bouche, de la langue et des parties voisines du pharynx.

Au sujet de la première de ces deux opérées, il demande seulement l'avis de ses collègues sur l'opportunité d'une restauration de la joue, qui a dû être sacrifiée avec l'os sous-jacent. Il est résulté de cette intervention une vaste cavité, mal comblée par un appareil prothétique. M. Monod se demande si une opération autoplastique pourrait être tentée, et à laquelle il conviendrait de donner la préférence.

Il insiste davantage sur la seconde malade, chez laquelle, pour pratiquer l'ablation d'un épithélioma du plancher de la bouche, dans la région de l'angle du maxillaire, et qui envahit la langue et le pharynx, il a dû faire le sacrifice préalable d'une moitié de la mâchoire.

Il appelle l'attention non point tant sur le procédé opératoire ici employé, qui est vulgaire, que sur les succès par l'opération.

L'opération achevée, sur le conseil de son collègue et ami M. Marchand, qui l'assistait, il a pratiqué la trachéotomie, manœuvre complémentaire qui, associée à l'introduction dans l'œsophage par la narine d'une sonde en caoutchouc laissée à demeure, lui a permis de remplir exactement la plaie et l'arrière-bouche avec des tampons de gaze iodoformée, introduits profondément jusqu'à l'orifice supérieur du larynx.

Ce pansement a été laissé cinq jours en place ; il n'avait aucune mauvaise odeur. Le 8e jour, la plaie avait déjà bon aspect et ne fournissait aucun liquide sanieux ; la canule trachéale put être supprimée. La malade fut encore cependant nourrie pendant une semaine par la sonde nasale. Au bout de ce temps, elle put être considérée comme guérie. L'incision cutanée, sauf le point qui donnait passage à un drain, s'était réunie par première intention, et la plaie intrabuccale était cicatrisée.

Elle demeura cependant encore une quinzaine à l'hôpital, en convalescence. Aujourd'hui, un mois après l'opération, elle rentre chez elle.

M. Monod attribue l'issue relativement prompte et favorable de son intervention, en partie à ce fait que toute l'opération a été faite au bistouri ; on n'a donc pas eu à attendre l'élimination des eschares, qui retarde la cicatrisation des plaies faites au thermocautère, ni à subir les sécrétions abondantes qui accompagnent souvent cette élimination.

Mais il se loue surtout de l'action combinée de la trachéotomie préventive et de la sonde nasale à demeure, dont M. Verneuil a si bien fait ressortir l'utilité. Il a pu ainsi désinfecter complètement et maintenir aseptique pendant toute la durée de la cure le champ opératoire, sans être troublé ni par les nécessités de l'alimentation, ni par celles de la respiration. Il a évité aussi le danger de la pneumonie infectieuse résultant du transport dans les poumons de détritus organiques, qui viennent compliquer si souvent les opérations pratiquées sur la bouche.

M. Monod rappelle que la trachéotomie préventive et le tamponnement de la trachée, proposés pour la première fois par Trendelenburg, en 1873 [1], avaient surtout pour but, dans les opérations de ce genre, d'empêcher la pénétration du sang dans les voies aériennes. Cet accident peut être évité par d'autres moyens, sur lesquels il n'y a pas lieu d'insister ici.

La trachéotomie préventive demeure cependant une excellente pratique, mais à un seul point de vue, celui de permettre au malade, pendant la période dangereuse des plaies, de respirer l'air pur, non chargé de produits, dont l'influence sur le développement d'inflammations graves du poumon n'est pas douteuse.

Barker, dans un travail publié par la *Lancet* en 1879 [2], où il préconise la trachéotomie préventive dans les extirpations de langue, cite une statistique de Schlœffer, dans laquelle, sur 50 ablations de cet organe pour carcinome, la mortalité par complication pulmonaire est de 12 0/0. Elle est plus considérable (23. 8 0/0) dans son relevé personnel fait à l'hôpital d'University-College.

Dans un travail plus récent, paru dans les *Archives de Langenbeck*, le Dr Michaël développe le même point de vue [3].

Peut-être ce moyen n'est-il pas en France aussi souvent mis en pratique qu'il pourrait l'être. C'est pour cette raison que M. Monod a cru devoir, à propos d'un cas personnel, le rappeler à l'attention de la Société de chirurgie.

[1] TRENDELENBURG, *Arch. f. klinische Chirurgie*, 1873.

[2] BARKER, Four excisions of the tongue with preliminary tracheotomy (*The Lancet*, 1879, t. II, p. 239 et 269).

[3] MICHAEL, Die permanente Tamponnade der Trachea (*Arch. f. klin. Chirurgie*, 1882, t. XXVIII, p. 511).

Discussion.

M. Berger. Il me semble que la pratique de la trachéotomie préventive préconisée par M. Monod est une complication inutile de l'opération, et je ne pense pas non plus qu'il y ait intérêt à rechercher d'une façon aussi complète l'antisepsie de la cavité buccale. J'ai fait six fois la résection de l'un ou l'autre maxillaire sans avoir jamais d'accidents septiques, grâce aux lavages fréquents de la bouche avec la solution de chloral. Il s'est produit parfois des élévations de température chez mes malades, mais jamais d'accidents graves. C'est compliquer l'opération que de faire la trachéotomie et imposer au malade une gêne notable que de lui tamponner la bouche, quand les lavages avec la solution de chloral suffisent pour obtenir l'antisepsie. C'est, en d'autres termes, dépasser le but, dans la majorité des cas.

M. Terrier. Je ne rejette pas d'une façon aussi absolue que le fait M. Berger les moyens employés par M. Monod, mais je désirerais savoir sur quelles preuves s'appuie notre collègue pour affirmer que les pneumonies septiques sont fréquentes après les opérations dont il vient de nous parler.

Y a-t-il, dans ces cas, élimination de bactéries par les reins; la présence de ces bactéries a-t-elle été constatée dans les urines? Je ne crois pas que la question soit jugée, et, à moins que M. Marchand n'ait fait ces recherches et n'ait obtenu des résultats positifs, on n'est pas fondé à affirmer la nature septique de ces pneumonies.

M. Trélat. Bien que j'aie pratiqué un grand nombre d'opérations de résection des maxillaires et d'ablations de la langue, je puis dire que je ne connais pas cette pneumonie infectieuse dont il vient d'être question, et je demande qu'on nous en donne l'histoire. Deux malades que j'ai perdus sont morts d'accidents septiques graves, mais non de pneumonie.

En ce qui concerne la pratique de la trachéotomie préventive, je ne la repousse pas dans certaines opérations, sous prétexte que c'est une complication opératoire, car il en est dans lesquelles elle a sa raison d'être. Cependant, pour les résections ordinaires des maxillaires ou l'amputation de la langue, je ne la comprends plus beaucoup. L'emploi du tube œsophagien me paraît, au contraire, très heureux après ces opérations. Krishaber l'avait préconisé pour la staphylorrhaphie, mais il est mauvais pour cette dernière opération. D'ailleurs, je ne laisse plus, comme au début, le tube à demeure; je le réintroduis chaque fois qu'il s'agit d'alimenter l'opéré.

Il y a longtemps que j'ai employé les lavages avec la solution de

chloral dans la cavité buccale; mais aujourd'hui, je préfère la gaze iodoformée. Elle supprime toute sécrétion; tout se passe à merveille et, lorsqu'on la retire, au bout d'une dizaine de jours, on trouve la plaie rosée et de bon aspect. Il faut seulement s'arranger de manière à être sûr de retirer tous les tampons, et pour cela les fixer par des fils.

M. Monod. La trachéotomie chez l'adulte me paraît sans gravité et c'est pour cela que je l'ai employée. D'autre part, les statistiques établissent qu'à la suite des extirpations de la langue et des opérations analogues les pneumonies sont fréquentes. Mais peut-être ai-je été trop loin en les qualifiant de septiques. Ce qu'il y a de certain, c'est que les autopsies ont généralement montré des abcès du poumon consécutifs à la pénétration de matières étrangères provenant de la cavité buccale.

Si j'ai fait la trachéotomie, c'est surtout pour pouvoir bourrer la bouche avec la gaze iodoformée et obtenir l'antisepsie buccale, et je suis heureux du témoignage que M. Trélat a rendu à l'emploi de ce moyen.

M. Terrier. Les pneumonies dont il est question résultent non pas de la septicité, mais de la pénétration accidentelle de corps étrangers. Jusqu'à nouvel ordre, je ne crois donc pas qu'il faille les appeler septiques; mais, contrairement à l'opinion de M. Trélat, je les crois fréquentes. Pour démontrer leur septicité, il faudrait établir qu'elles sont caractérisées par la présence de vibrions et qu'elles sont inoculables.

D'ailleurs, il est certain que la trachéotomie chez l'adulte prédispose à la production de pneumonies, parce que la colonne d'air qui arrive aux poumons ne peut plus se débarrasser complètement par son contact avec la muqueuse des fosses nasales et du larynx, de tous les microbes qu'elle tient en suspension. Les expériences de Tyndall établissent en effet qu'à l'état normal l'air expiré ne renferme aucunes particules en suspension. Il s'en est dépouillé au contact de la muqueuse des parois des voies aériennes.

J'ajouterai que chez les chevaux trachéotomisés on observe une prédisposition évidente à contracter des pneumonies.

Communication.

M. Poulet lit une note sur le *traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie.*

Depuis l'introduction de l'antisepsie dans la chirurgie, deux nouvelles méthodes de traitement ont été appliquées avec succès à la cure des kystes hydatiques du foie. Ce sont : 1° l'incision en deux temps qui porte le nom de Volkmann ; 2° l'incision en un seul temps.

Je ne parlerai de l'incision en deux temps que pour réclamer en faveur de Récamier la priorité de cette invention ; l'idée lui appartient en propre, et même elle lui est plus personnelle que la méthode des caustiques. En effet Graves ouvrait déjà avant lui les abcès du foie avec la potasse caustique. Je cite textuellement les paroles qui mettent hors de conteste les droits du médecin français : « En faisant cette opération en deux temps (il s'agissait d'un kyste hydatique suppuré du foie), M. Récamier voulait déterminer d'abord l'adhérence du foie avec les parois abdominales, ne pénétrer ensuite dans cet organe qu'après avoir complètement isolé le foyer de la cavité péritonéale. » (*Revue méd. franç. et étrangère*, 1825, t. IV). Cinq ans plus tard, en 1830, Bégin reprit l'idée sans faire allusion à Récamier et rapporta dans son mémoire des faits encourageants. Néanmoins nous devons reconnaître que cette opération n'est entrée dans la pratique que le jour où elle a été rajeunie par Volkmann et rendue innocente par l'antisepsie.

L'autre procédé, l'incision en un seul temps, n'a pas une longue histoire. En 1879, Lindemann pratique la laparotomie comme dans le premier temps de l'opération de Volkmann ; puis il passe à travers les parties molles et le kyste d'un angle de la plaie à l'autre, et parallèlement à son grand axe, deux fils de catgut destinés à appliquer la paroi kystique contre les bords de la plaie ; les fils tendus, le kyste est incisé entre eux et le contenu évacué au dehors ; les bords du kyste ectropionnés sont suturés aux lèvres de la plaie (Kirchner, *Inaug, Diss.* Berlin, 1879).

En 1880, Landau a modifié le procédé de Lindemann ; d'abord il ne suture plus le feuillet pariétal du péritoine ; en outre, au lieu de placer les deux fils de traction parallèlement au grand axe de la plaie, il les dispose perpendiculairement à cet axe. Une ponction aspiratrice pratiquée dans le kyste permet de rendre la poche moins tendue, de l'attirer au dehors, de pratiquer l'incision ou l'excision, l'évacuation, la suture de la corolle kystique aux lèvres de la paroi, sans qu'une seule goutte de liquide pénètre dans la cavité péritonéale.

Ce procédé se rapproche beaucoup de celui qui a été conseillé par MM. Terrier, Richelot, Monod. Je vous signalerai encore une modification de détail apportée par v. Puky (1884, *Archives de Langenbeck*) au procédé de Lindemann. Après avoir suturé le feuillet pariétal du péritoine à la peau, v. Puky ne coupe pas les

fils de catgut, et se sert des chefs enfilés dans une aiguille pour suturer la paroi kystique d'après le procédé de Max Schuller, c'est-à-dire en formant une véritable couronne de sutures autour de la plaie, une sorte de suture en bourse.

Le procédé que j'ai employé dans le cas suivant se rapproche beaucoup de celui de Landau; mais j'ai cru devoir suturer le feuillet pariétal du péritoine à la peau.

Observation. — *Kyste hydatique de la face antéro-inférieure du foie. Laparotomie et évacuation du kyste. — Guérison.*

F..., garde républicain, âgé de 32 ans, entre le 23 novembre 1885 dans le service de mon collègue Vaillard, à l'hôpital du Val-de-Grâce, pour une tumeur de l'hypocondre droit et du creux épigastrique. Le malade a si peu souffert pendant l'évolution de ce gonflement qu'il s'en est aperçu seulement par la difficulté qu'il éprouvait à boutonner sa tunique. Tous les symptômes permettaient de soupçonner l'existence d'un kyste hydatique du foie, et, pour confirmer le diagnostic, nous fîmes le 27 novembre une ponction exploratrice avec un fin trocart au point culminant de la tumeur, un peu au-dessous et à droite de l'appendice xyphoïde. On retira de cette façon une vingtaine de grammes d'un liquide clair, limpide, qui sortait en jet par la canule; celle-ci fut retirée avec les précautions ordinaires.

Presque immédiatement, le malade éprouva des malaises, et au bout de dix minutes une éruption généralisée d'urticaire se produisit; elle dura jusqu'au lendemain matin, accompagnée de fièvre, de vomissements, de douleurs abdominales.

Température, 39°,8. — Dans la journée du 28, les accidents généraux persistèrent et le soir le thermomètre marquait encore 39°,5. Tous ces accidents cédèrent peu à peu au bout de quelques jours; mais le 4 décembre, on reconnut un point pleurétique à la base du poumon droit, avec léger épanchement qui disparut en quelques jours.

Dans ces conditions, je me décidai à intervenir, d'autant plus que le liquide s'était reformé; l'intolérance du péritoine me fit rejeter la méthode des ponctions multiples, le trocart à demeure et l'électrolyse à laquelle je pensais un peu. Ne voulant pas faire à autrui ce que je ne voudrais pas qu'on me fît à moi-même, j'écartai les caustiques pour donner la préférence à la laparotomie antiseptique en un seul temps avec suture de la paroi.

Cette opération fut pratiquée le 12 décembre 1885 à 9 heures du matin, avec le concours de MM. les professeurs Chauvel, Robert, Chavasse et Vaillard. Après anesthésie, on fit une incision de 10 centimètres parallèle au rebord des fausses côtes droites et passant par le point culminant de la tumeur. Le péritoine fut ouvert après hémostase complète de la plaie musculo-cutanée et suture à la peau. Le kyste, dépourvu d'adhérences, ne faisait pas saillie à travers l'orifice; il suivait les mouvements du foie pendant la respiration et son exploration était facile. A l'aide d'un trocart de l'appareil Potain, on put retirer une par-

tie du contenu, environ trois quarts de litre d'un liquide clair, limpide. A mesure que la distension de la poche diminue, elle est attirée au dehors à l'aide d'une pince de Museux. Deux crins de Florence sont passés à travers les parois abdominales et le kyste, perpendiculairement au grand axe de la plaie et près des angles. On put ainsi ouvrir le kyste, vider une partie du contenu au dehors sans crainte d'épanchement dans le péritoine. Une partie de la paroi antérieure fut excisée, et la corolle kystique suturée à l'aide de crins de Florence aux lèvres de la plaie. Les sutures profondes des deux angles furent également maintenues et nouées. Deux gros tubes à drainage plongent profondément dans la cavité. Aucune injection ne fut faite dans la poche, et on ne fit pas de tentatives pour la débarrasser des débris d'hydatides. Pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile. Bandage de corps. Injections de morphine et glace.

L'opération a été très bien supportée ; mais vers 7 heures du soir, le malade rendit un bouillon qu'il venait de prendre ; les nausées reparurent vers 9 heures du soir et à minuit. La glace et la morphine ramenèrent le calme. Ce sont les seuls accidents que présenta notre malade pendant toute la durée de la maladie, et encore sont-ils imputables au chloroforme, car il n'y eut jamais de météorisme et pas de sensibilité du ventre. Jamais la température n'a dépassé 36°,6, le pouls 90 pulsations.

Le 16 décembre, F... commence à manger ; le liquide s'écoule abondamment de la cavité, dans laquelle on fait des injections antiseptiques phéniquées. Le 17, il fallut enlever un des tubes et raccourcir l'autre; le 22, les sutures sont coupées, la réunion s'est faite. Le 20, huit jours après l'opération, le malade se lève; l'état général est excellent. La poche du kyste vint se présenter à l'orifice le 24 décembre, et je pus l'extraire à peu près entièrement à l'aide de pinces. Les jours suivants, la suppuration devint plus franche et plus abondante, mêlée à des débris de vésicules.

A partir du 1er janvier, la cavité se rétrécit rapidement; le gros tube est remplacé par un plus petit. Néanmoins, la guérison complète n'a été obtenue que vers le 1er février, 50 jours après l'opération. Actuellement ce militaire, notablement engraissé, jouit d'une excellente santé.

Il ne faut pas demander à la laparotomie de diminuer la durée de la cicatrisation de la poche. Je pense que mes collègues qui ont pratiqué cette opération partageront mon sentiment à cet égard. Assurément l'expulsion de la vésicule mère est rendue plus facile, les accidents septiques peuvent être plus sûrement conjurés, mais nous sommes jusqu'ici presque sans action pour abréger la durée de la période fistuleuse, lorsqu'il s'agit de kystes intra-hépatiques. Il y a même lieu de se demander si le raclage de la cavité pratiqué par M. Monod n'offre pas des dangers. Est-il prudent de gratter une cavité dont la paroi est assez mince lorsqu'elle confine au péritoine ou au tissu hépatique ?

Mon intention n'est pas d'établir un parallèle entre les divers modes de traitement des kystes hydatiques du foie, mais il faut reconnaître que si les faits analogues à ceux qui ont été publiés jusqu'ici se multipliaient, l'incision en un seul temps ne constituerait plus seulement un procédé d'exception. J'ai pu relever 51 cas d'opérations en un ou en deux temps, par la laparotomie et l'incision. J'ai mis pour cela à contribution la statistique de Korach (*Berlin klin. Woch*, 1883, n° 16), celle de Litsotzky (*Deutsch Zeitschr. f. Chir.*, t. XXIII, p. 120), et j'y ai ajouté 10 faits publiés en France et à l'étranger.

Sur ces 51 cas, il y a eu 3 morts des suites de l'opération (un cité par Korach, un fait de Madchmy et un de Knowsley Thornton), soit 5.8 4 0/0. Si l'on réfléchit que la méthode de Simon, ou double ponction, a donné 33 0/0 de morts, on verra que les nouvelles méthodes sont presque inoffensives. La statistique semble faire pencher la balance en faveur de l'incision de Volkmann, qui n'aurait pas donné un seul cas de mort.

Jusqu'à présent les résultats sont encourageants, et je me rallie volontiers aux opinions émises par MM. Terrier, Richelot, Lucas-Championnière et Monod.

Discussion.

M. Polaillon. J'ai demandé la parole dans la dernière séance à propos de la communication qui nous a été faite sur ce sujet par M. Terrier, avec lequel je me trouve d'accord. J'avais dit que dans le cas qui m'est propre je m'étais trouvé en présence d'un kyste hydatique énorme. La ponction pratiquée avec un gros trocart a échoué, dans ce cas, et le malade a succombé à la suppuration. Aussi, pour les kystes très volumineux, je pense aujourd'hui qu'il faut avoir recours à la laparotomie.

Dans l'observation de M. Terrier, le kyste était plus ou moins pédiculé ; c'est là une disposition favorable.

Mais pour les kystes de volume moyen je ne pratiquerais pas la laparotomie, parce que les autres méthodes sont suffisantes pour obtenir la guérison et qu'elles ont moins d'inconvénients. En effet, nous avons pu constater que le malade opéré par M. Poulet porte une grande cicatrice qui sera exposée à devenir douloureuse, notamment par suite du frottement du ceinturon ; elle peut aussi devenir le siège d'un amincissement par distension. Je crois que ce malade, vu le volume de son kyste, eût pu guérir par la ponction, et la laparotomie ne doit pas être la méthode de choix dans le traitement des kystes hydatiques. Il est préférable, pour les kystes de

moyen volume, d'employer la ponction, qui n'expose pas à d'aussi grands dangers et ne laisse pas de cicatrice gênante.

M. Verneuil. Je ne suis pas opposé à la laparotomie, mais à la condition qu'on ne l'applique pas indistinctement à tous les cas. Lorsque j'ai imaginé le gros trocart pour la ponction des kystes hydatiques du foie, j'ai réalisé un progrès, car je considère le procédé de Récamier comme détestable et destiné à disparaître.

Trois procédés principaux sont donc en présence aujourd'hui : la ponction avec le gros trocart ; l'incision ; la laparotomie.

L'emploi du gros trocart peut réussir même dans les cas de kystes très volumineux. C'est ainsi qu'à la Pitié j'ai traité par ce procédé un homme qui avait une tumeur très volumineuse, remplissant le côté droit de l'abdomen et descendant jusqu'à la limite du petit bassin. C'était, selon toutes probabilités, un kyste de la face inférieure du foie. La guérison a été obtenue en deux mois et demi.

L'ouverture pure et simple du kyste peut être faite primitivement, lorsqu'il y a des raisons de croire à l'existence d'adhérences. Mais ce n'est pas là la laparotomie, c'est une *incision*. Après avoir fait une ponction exploratrice avec un fin trocart et obtenu un liquide puriforme, il est inutile de faire la ponction avec le gros trocart, lorsque des signes d'inflammation antérieure permettent de croire qu'il existe des adhérences du kyste à la paroi abdominale. Un autre cas peut aussi se présenter pour faire l'incision : c'est celui où, après la ponction avec le gros trocart, l'évacuation des hydatides se fait mal et où il se produit des phénomènes septiques.

La laparotomie avec extirpation du kyste a enfin ses indications, mais elle est évidemment inapplicable aux kystes de la face convexe du foie, qui ne sont justiciables que de l'incision ou de la ponction avec le gros trocart.

M. Reclus. On a bien fait d'établir des variétés dans les kystes hydatiques du foie, dont le traitement doit lui-même varier. Mais lorsque le kyste a suppuré, lorsque la ponction exploratrice a donné du pus, il ne faut pas hésiter à pratiquer la laparotomie. Il y a, en effet, des cas où le gros trocart n'évacue rien. J'en ai fait l'expérience sur le malade que j'ai traité avec M. Féréol. D'autre part, l'incision limitée qu'adopte M. Verneuil, dans certains cas, n'est pas toujours applicable.

Il peut, en effet, y avoir eu inflammation du kyste sans que des adhérences se soient produites. Le kyste de notre malade renfermait neuf litres de pus et n'était cependant nullement adhérent. J'ai dû faire une incision de 23 centimètres, et c'est seulement

vers la partie inférieure de cette incision que j'ai trouvé un point où le foie a pu être incisé. C'est alors que j'ai suturé le tissu hépatique à la paroi abdominale et mis dans l'ouverture cinq tubes adossés, pour l'écoulement du pus. En définitive, je n'ai pas touché au kyste ; je n'ai pas même fait d'injection détersive, car l'écoulement abondant de la bile a rapidement fait disparaître toute odeur.

En résumé, lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste suppuré volumineux, il n'y a pas à hésiter, c'est à l'*ouverture large* qu'il faut avoir recours.

M. Le Fort. Je reconnais que la laparotomie est indiquée dans certaines conditions déterminées. Récemment j'ai eu l'occasion de faire l'incision ou, si l'on veut, la laparotomie chez un malade qui est aujourd'hui en bonne voie de guérison. Ce malade était dans le service de mon collègue M. Potain, et tous les deux nous avons commis une erreur à son sujet. C'était un individu qui, deux ans auparavant, avait fait une chute de cheval et avait eu, à la suite, un épanchement intra-abdominal. Une ponction avait fourni un liquide jaune, dépourvu de crochets, et le malade avait quitté l'hôpital. Lorsqu'il s'y représenta, une nouvelle ponction donna issue à un liquide noirâtre, gluant, encore dépourvu de crochets. Le liquide se reproduisant, j'ai été prié de voir le malade et d'intervenir chirurgicalement. La tumeur volumineuse, située à droite, dépassait à gauche la ligne médiane. Je pensais avoir affaire à une péritonite enkystée consécutive à une déchirure du foie. J'incisai sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic et je tombai sur un kyste hydatique qui se vida brusquement. Le liquide projeté violemment au dehors ne pénétra pas cependant dans la cavité péritonéale. L'épiploon, qui s'engagea un instant dans la plaie, put être refoulé. Mais j'hésitai à faire l'ablation du kyste par crainte de rencontrer de trop nombreuses adhérences. J'ai simplement suturé les bords de l'ouverture du kyste à la plaie de la paroi abdominale. Les hydatides se comptaient par milliers ; elles étaient accolées à la paroi du kyste et il fallut les détacher avec les doigts. Pendant une huitaine de jours, l'élimination s'est faite par l'ouverture. La ponction avec le gros trocart n'eût certainement pas permis la sortie de toutes les hydatides. Aujourd'hui la poche est très réduite ; elle ne contient plus que 120 grammes de liquide. La plaie n'a que de faibles dimensions et j'espère que l'opéré guérira.

Je conclus que, dans les cas semblables, le procédé de la ponction avec le gros trocart est insuffisant; mais je me demande si après avoir pratiqué la grande incision il faut chercher à enlever

le kyste en détruisant les adhérences ou se contenter de le fixer, comme je l'ai fait, à la paroi abdominale.

M. Bouilly. J'ai, dans quatre cas, pratiqué la large incision antiseptique pour des collections purulentes du foie consécutives à des hépatites. Les observations viennent d'être publiées dans la thèse de M. Caravias (1885).

Le premier cas concerne un malade qui revenait de l'Indo-Chine et que je vis avec M. Brouardel. Il portait une collection profonde du foie, qui, ponctionnée avec un gros trocart, avait donné précédemment issue à un liquide de couleur chocolat. Une grosse sonde avait été laissée à demeure. Mais au bout de six semaines la fétidité du pus et des accidents septiques se produisirent, malgré les lavages de la poche, et je résolus de faire l'incision en deux temps. La paroi incisée jusqu'au péritoine, je maintins un pansement de Lister appliqué pendant six jours sur la plaie. Alors, j'incisai le tissu hépatique sur une longueur de 5 centimètres, et je donnai issue à la collection purulente. La guérison fut complète en deux mois.

Le deuxième cas est relatif à un malade que je vis à Vichy en 1883 ; il avait, avec une fièvre intense et des accidents généraux graves, tous les signes d'un abcès hépatique volumineux. Séance tenante, je fis une ponction avec le trocart de l'appareil Dieulafoy, puis, en conduisant le bistouri sur le trocart, j'incisai la paroi abdominale sur une longueur de 8 centimètres et pus constater l'absence d'adhérences. Je passai alors plusieurs anses de fils à travers la poche et ensuite j'enfonçai un trocart à hydrocèle qui évacua trois à quatre litres d'un liquide d'une fétidité épouvantable. L'orifice fut ensuite agrandi avec le bistouri, les anses de fils nouées pour fixer la poche, et je plaçai plusieurs tubes à drainage dans l'ouverture pour faire des lavages avec la solution phéniquée faible. Les suites de l'opération furent heureuses, car le malade put se lever au bout de quarante jours; mais en se mettant à la fenêtre, il contracta une pneumonie qui l'emporta.

Le troisième et le quatrième faits sont des cas d'hépatite suppurée que j'ai observés à l'Hôtel-Dieu. Ils s'accompagnaient d'adhérences. L'un d'eux s'était développé sans causes appréciables chez un malade du service de M. Bucquoy. Je l'ouvris par une simple incision, comme un abcès. Des lavages avec une solution au chlorure de zinc à 5 0/0 amenèrent la guérison en trois semaines. L'autre malade, soldat revenant de Cochinchine, avait un abcès également adhérent, et qui fut incisé de même ; mais je dus, chez lui, réséquer un fragment de cartilage costal. Il a guéri.

Je pense qu'en général, dans l'ouverture de ces collections, lors-

qu'il n'y a pas d'adhérences, il faut évacuer le liquide avec un trocart avant d'inciser les parois de l'abcès.

M. M. Sée. Je fais ordinairement la ponction des kystes hydatiques avec un gros trocart, du volume du petit doigt ou même du médius. Mais l'évacuation est, je le reconnais, souvent difficile et la suppuration fréquente.

Pour éviter l'issue du liquide dans la cavité abdominale, je préfère laisser à demeure la canule du trocart. J'ai même fait construire pour cet usage un trocart courbe dont la canule porte une ouverture à sa partie moyenne, ce qui rend plus faciles les injections antiseptiques.

Mais désormais je suis décidé à ouvrir ces kystes largement. Lorsqu'on n'est pas sûr de pouvoir faire une antisepsie rigoureuse, il faut pratiquer l'ouverture en deux temps de Volkmann. Une statistique récente de l'emploi de ce procédé n'a pas fourni d'insuccès. Après l'incision de la paroi abdominale, on garnit la plaie avec de la gaze iodoformée et l'on attend huit jours. On ouvre ensuite le kyste avec le bistouri ou le thermo-cautère. Cette manière d'agir me paraît préférable à la suture des parois du kyste avec la paroi abdominale.

M. Lucas-Championnière. J'ai déjà eu l'occasion de constater la tendance générale qu'avaient beaucoup de chirurgiens à abandonner l'emploi du gros trocart dans le traitement des kystes hydatiques. Je constate aujourd'hui que cette tendance devient de plus en plus générale.

Il semble, d'autre part, que l'ablation totale de ces kystes peut souvent être pratiquée, ce qui étonne, au premier abord. L'incision en plusieurs temps, dont il vient d'être parlé, constitue aussi une ressource précieuse.

Je constate également l'inutilité des lavages de la poche. Dans bien des cas, la réparation se fait plus facilement lorsqu'on ne pratique pas d'injections ; c'est là un fait en opposition avec ce qui était admis autrefois.

On peut donc affirmer que la ponction deviendra de plus en plus rare, car l'incision antiseptique bien faite est moins dangereuse.

M. Terrier. Je vois avec plaisir que plusieurs de mes collègues sont aujourd'hui convertis à la laparotomie pour le traitement des kystes hydatiques du foie. M. Verneuil lui-même l'accepte dans certains cas. J'ajoute qu'il faut, autant que possible, s'efforcer de faire l'extirpation totale du kyste, et elle est plus facile, souvent, que l'extirpation des kystes de l'ovaire.

L'ouverture large des abcès du foie a surtout été préconisée par les chirurgiens anglais qui pratiquent dans les Indes. Vers 1872, j'ai eu moi-même l'occasion de l'employer sur le frère de l'un de mes collègues de la Faculté. Ces abcès, comme on l'a fait remarquer, ne déterminent généralement pas d'adhérences, mais ce fait n'a rien d'extraordinaire, étant donné le développement de la suppuration dans l'épaisseur même du parenchyme hépatique.

M. Verneuil. M. Terrier donne-t-il le nom de laparotomie à l'ouverture d'une poche suppurante de la cavité abdominale ? S'il en est ainsi, je trouve que c'est donner au sens de ce mot une extension beaucoup trop grande.

M. Le Fort. En principe, je suis partisan de l'extirpation totale du kyste. Chez le malade dont j'ai parlé, j'ai voulu la tenter, mais j'y ai renoncé. Je me demande s'il y a avantage, lorsque les adhérences sont très nombreuses et très étendues, à les détruire quand même et si cela est toujours possible. S'il s'agit d'un kyste de l'ovaire, on peut espérer faire l'ablation complète ; mais pour les kystes du foie, on est toujours obligé de laisser une partie du kyste, dans le point où il se confond avec le tissu de l'organe. D'ailleurs, le rétrécissement de la poche kystique, lorsqu'on ne l'enlève pas, est en général, très rapide. Ce qu'il faut peser surtout, c'est le danger pour la vie que peut faire courir l'extirpation complète.

M. Terrier. Pour les kystes de l'ovaire on pratique la laparotomie et l'on se propose d'enlever complètement le kyste ; il arrive cependant quelquefois que l'on doit borner l'opération à une simple incision. Pour les kystes du foie, on commence par faire une incision, et si le kyste est complètement adhérent, on s'arrête. On n'a pas alors fait la laparotomie proprement dite. Mais si le kyste est isolable, on l'enlève. Sans doute, on en laisse bien quelques parties, et en ce sens l'opération est incomplète, mais on n'en a pas moins enlevé le parasite, et l'on n'a pas à craindre la repullulation comme pour l'ovaire à la suite des ablations incomplètes.

M. Le Fort. Je suis d'accord avec M. Terrier, lorsqu'il s'agit de kystes hydatiques du foie non adhérents. Il faut en faire l'ablation.

Communication et présentation d'instruments.

M. Vacher, médecin-major à Orléans, fait une communication

sur l'*opération de la cataracte* et présente plusieurs instruments qu'il a imaginés pour la faciliter.

(Commissaire : M. Chauvel, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 24 février 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Les tomes I et II, avec appendices, des *Mémoires de la Société des sciences physiques et naturelles de Bordeaux ;*

3° *The optical manual, or handbook of Instruction,* etc. ; guide pour les chirurgiens militaires anglais, 3e édition, par le chirurgien général Longmore, associé étranger de la Société ;

4° Note sur un cas de *Taille hypogastrique*, par le Dr V. Faucon, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille.

5° MM. Cruveilhier et de Saint-Germain, malades, demandent des congés ;

6° M. le professeur Verneuil offre à la Société le 4e volume de ses *Mémoires de chirurgie ;*

7° M. Labbé, membre titulaire, demande à la Société de vouloir bien lui conférer l'honorariat ;

8° Des *Injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement de la période asphyxique du choléra*, par le Dr Rouvier, médecin en chef de la marine.

A propos du procès-verbal.

De la trachéotomie préventive dans les opérations faites sur la bouche,

Par M. Charles Monod.

Je tiens à compléter en quelques mots la communication que je vous ai faite dans la dernière séance.

En vous présentant une malade opérée par moi d'un épithélioma de l'arrière-bouche et du pharynx, sur laquelle j'avais cru devoir pratiquer la trachéotomie, dite préventive, j'avais attiré votre attention sur deux points : la fréquence des pneumonies graves à la suite des opérations de ce genre; l'utilité de la trachéotomie pour prévenir cette complication.

J'ai été étonné, je l'avoue, de la contradiction que j'ai rencontrée. Elle provient, sans doute, de ce que je me suis mal et incomplètement expliqué, les nécessités de l'ordre du jour m'ayant obligé à écourter ma communication.

Je n'ai certes pas eu la prétention de soutenir que toutes les opérations sur la bouche exposent également à des complications pulmonaires, et nécessitent par conséquent l'application de la trachéotomie.

Les ablations des maxillaires, en particulier, dont nous a parlé M. Berger, n'y donnent que très rarement lieu, ou du moins je crois, avec notre collègue, qu'il suffit de lavages antiseptiques fréquents pour éviter tout accident de ce genre.

J'en dis autant des extirpations partielles de la langue, bien que les statistiques que je vous ai citées montrent qu'ici le péril est déjà plus grand.

Mais là où il devient tout à fait considérable, c'est dans les cas où, comme dans celui dont je vous ai entretenu, l'opération porte sur les parties les plus reculées de la bouche, où une partie même du pharynx a dû être retranchée.

Dans ces conditions, les lavages les plus exacts peuvent être insuffisants. Le développement, en pareil cas, de pneumonies mortelles, résultant probablement de la pénétration dans les bronches de matériaux nocifs provenant de la cavité buccale, me paraissait absolument incontestable.

Le fait ayant semblé douteux à quelques-uns d'entre vous, j'a fait quelques recherches à ce sujet. Les documents que je vous apporte ne peuvent être nombreux, les opérations intéressant la paroi pharyngienne n'étant pas fréquentes.

Je citerai tout d'abord deux autopsies de malades, opérés l'un par Langenbeck[1], l'autre par Kocher[2], ayant succombé à la suite de pharyngotomies partielles avec des accidents pulmonaires. Chez tous deux on trouva des foyers de pneumonie suppurés, chez l'un d'entre eux, disséminés dans les deux poumons, avec inflammation généralisée à tout l'arbre bronchique. Pas trace du reste de débris d'aliments, ce qui paraît, pour le dire en passant, donner raison à ceux qui, pour expliquer ces accidents, attachent plus d'importance à la pénétration dans les bronches des produits de sécrétion de la plaie, qu'à celles de parcelles alimentaires.

Dans une importante communication faite au Congrès allemand de chirurgie en 1879[3], sur l'*Extirpation du pharynx*, Langenbeck, en rapportant trois observations personnelles, toutes trois terminées par la mort, insista sur la fréquence et le danger de ces complications pulmonaires dans des opérations semblables.

Dans la discussion qui suivit, la plupart des chirurgiens qui prirent la parole se rangèrent à son opinion et apportèrent des faits à l'appui.

L'année suivante, Kocher (de Berne)[4], dans son intéressant mémoire sur le *Traitement radical du cancer*, oppose aux trois observations de Langenbeck cinq faits personnels d'extirpation partielle du pharynx, dans lesquels il n'eut qu'un seul cas mortel. Chaque fois il eut recours à la trachéotomie préventive. Il est intéressant de noter que, dans le seul cas terminé par la mort, la canule trachéale dut être retirée. Dès le 3e jour, des râles nombreux se firent entendre dans les deux poumons ; la mort survenait le 5e jour. J'ai rapporté sommairement plus haut les résultats de l'autopsie pratiquée.

Pour Kocher, le danger capital de ces opérations réside dans les complications pulmonaires consécutives. Le meilleur moyen de les combattre est, pour lui, la trachéotomie préventive.

M. Terrier m'accordait, dans la dernière séance, que les pneumonies étaient fréquentes après les opérations pratiquées dans la bouche; mais il ne croit pas, pour les prévenir, à l'efficacité de la trachéotomie. Il redoute davantage l'effet fâcheux que peut avoir

[1] Langenbeck, mémoire cité plus loin, p. 838.

[2] Kocher, mémoire cité plus loin, p. 140.

[3] Langenbeck, Ueber Extirpation des Pharynx, Vortrag gehalten am I Sitzungstage des VIII Congresses der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, in Berlin am 16 April 1879 (*Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1880, et *Canstatt's Jahresbericht f.* 1880, t. II, p. 399; t. XXIV, p. 825).

[4] Kocher (de Berne), Ueber Radicalheilung des Krebses [*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1880, Band XIII, 1 u. 2 Heft, p. 135 (Extirpatio pharyngis)].

l'arrivée directe, à travers la canule, de l'air froid dans les bronches.

Il me semble que les faits que je viens de citer montrent que cette action de l'air froid, dont il est possible, au reste, à l'aide de précautions bien simples, d'atténuer les effets, n'est pas aussi dangereuse que M. Terrier paraît le croire.

Elle n'est pas en tout cas à mettre en balance avec les périls certains qui résultent de la désinfection incomplète du champ opératoire.

Or, je le répète, cette asepticité ne peut être réalisée que si le pansement protecteur est étendu à tout le champ opératoire, y compris la partie supérieure du pharynx.

Ce résultat, j'ai pu l'obtenir, grâce à la trachéotomie d'une part; grâce d'autre part à la sonde œsophagienne introduite par la narine, double artifice me permettant de remplir toute l'arrière cavité buccale jusqu'à l'orifice supérieur du larynx de cette gaze iodoformée, dont M. Trélat s'est plu à reconnaître la souveraine vertu.

C'est à l'emploi de cet ensemble de moyens que j'ai cru devoir attribuer la rapide guérison de mon opérée.

J'ai tenu à vous montrer que de plus autorisés que moi partageaient mon avis et défendaient, pour les mêmes raisons, la même pratique.

Discussion.

M. Verneuil. Je dois faire remarquer que c'est dans le seul but d'éviter l'introduction du sang dans les voies aériennes pendant les opérations qui se pratiquent sur la bouche que Trendelenburg a préconisé la trachéotomie préventive. Pour arriver au même résultat, Rose (de Zurich) opérait ses malades la tête dans une situation déclive.

Je suis aussi un peu en désaccord avec M. Monod, lorsqu'il dit que la trachéotomie chez l'adulte n'est pas dangereuse; mon avis est que cette opération ne peut être considérée comme innocente. Toutes les opérations qui se pratiquent sur le plancher de la bouche, pour enlever des tumeurs de la langue ou réséquer des portions de maxillaire, ont donné une mortalité considérable. Par l'emploi de la sonde de caoutchouc rouge, par le tamponnement de la bouche, par les lavages de la cavité, on est arrivé, sans doute, à diminuer la mortalité, mais elle existe encore.

Il est vrai que, dans la plupart des cas, les individus que l'on opère étaient, antérieurement à l'opération, dans un état général assez mauvais. Il y a déjà bien longtemps que M. Richet a signalé la différence qui existe, au point de vue des complications, entre les fractures du maxillaire inférieur et les autres fractures.

A l'époque où j'étais interne de Robert, ce chirurgien avait pratiqué quatorze extirpations du maxillaire supérieur et n'avait eu qu'un seul décès, tandis qu'entre les mains de ses collègues Velpeau, Nélaton, la mortalité à la suite des résections du maxillaire inférieur était beaucoup plus considérable.

La cause de la mort après ces opérations ne me paraît pas être une pneumonie secondaire. Les lésions que montrent les autopsies indiquent qu'il s'agit de fausses pneumonies. Aussi l'idée de pratiquer la trachéotomie pour éviter la production de la pneumonie me semble spécieuse. Mais, dans certaines conditions, la trachéotomie préventive rend des services, et j'ai moi-même fait publier par un de mes élèves, M. Redon, une thèse sur l'application que j'en fais aux opérations qui se pratiquent sur le pharynx.

M. Marchand. En réalité, dans l'opération dont M. Monod nous a donné la relation, il y a eu extirpation d'une partie de la paroi pharyngienne. Cette opération a été rarement pratiquée en France, mais, en Allemagne, elle a été faite souvent.

Je puis en citer un autre exemple, relatif à un homme vigoureux de 47 ans, atteint d'un cancer de la paroi latérale du pharynx et que j'ai opéré avec deux de mes collègues des hôpitaux.

Malgré les difficultés du cas, nous nous décidâmes à opérer et la question de la trachéotomie préventive fut posée. M. Labbé la rejeta. Le malade a succombé, le dixième jour après l'opération, à une vraie pneumonie.

Dans le mémoire de Kocher, on trouve quatre succès obtenus par ce chirurgien sur cinq opérations. Langenbeck, il est vrai, sur quatre opérations, a eu trois morts et une seule guérison.

M. Terrier. Je n'ai pas dit que l'inspiration de l'air froid fut la cause des pneumonies dont nous a parlé M. Monod. Je sais fort bien, en effet, que l'on n'arrive pas à provoquer la pneumonie chez les chevaux en leur faisant respirer de l'air refroidi; on produit ainsi chez eux des accidents pulmonaires, mais non des pneumonies. Il en est de même lorsqu'on soumet l'animal à l'action d'un refroidissement général.

La trachéotomie préventive me semble, d'ailleurs, une question indépendante de l'antisepsie buccale, car cette antisepsie peut être obtenue par les moyens dont il a été question sans qu'on ait recours à la trachéotomie. Je n'ai pas, d'ailleurs, d'expérience personnelle sur ce point.

Les statistiques que nous a citées M. Marchand sont intéressantes à connaître, mais elles sont incomplètes, ou du moins ne pourraient avoir de valeur qu'à la condition de nous en donner tous les détails.

Je terminerai en disant que M. le D[r] Castex, dans un mémoire qui vient de paraître dans la *Revue de Chirurgie*, a traité la plupart des questions qui viennent d'être agitées à propos de l'ablation des tumeurs du pharynx.

M. Trélat. L'opinion que j'ai soutenue dans la dernière séance vient d'être développée de nouveau par mon collègue M. Verneuil. Je répète que je crois à l'utilité de l'emploi de la sonde de caoutchouc pour alimenter les malades, et à l'excellence de l'antisepsie de la cavité buccale.

Pour les statistiques dont il a été question, il serait intéressant de savoir si Langenbeck, dont les opérations remontent forcément à plusieurs années, ne pratiquait ni les lavages, ni le tamponnement de la bouche, ni la trachéotomie préventive. S'il en était ainsi, et cela est probable, on s'expliquerait la proportion élevée de ses insuccès.

J'ai déjà dit que toutes les fois que l'on approche de la paroi pharyngienne ou de l'orifice du larynx dans une opération, il y a des motifs pour faire la trachéotomie. Mais ces motifs sont surtout la possibilité d'un œdème de la partie supérieure du larynx.

J'ai perdu un malade auquel j'avais enlevé plus de la moitié de la langue par une plaie latérale. Il a succombé subitement, cinq jours après l'opération, alors que tout paraissait en bonne voie de guérison. Mais ce malade, qui avait eu, pendant l'opération, une syncope chloroformique, avait, comme l'autopsie le montra, un cœur gras, des athéromes de l'aorte et de l'artère coronaire, avec une néphrite chronique. En outre, je trouvai sur la muqueuse bucco-pharyngienne de petites ecchymoses et des saillies œdémateuses qui auraient pu amener une gêne mécanique de la respiration.

En dehors de ces cas particuliers, je n'ai pas vu se produire les accidents dont nous a parlé M. Monod, et sur un opéré récent j'ai obtenu sans trachéotomie préventive un très bon résultat. Je me suis contenté de placer la sonde de caoutchouc et de faire le tamponnement antiseptique de la bouche. Ce tamponnement est resté en place une douzaine de jours.

M. Polaillon. Dans quatre cas, j'ai eu à pratiquer des opérations sur la paroi pharyngienne, à l'aide de l'anse galvanique et du thermo-cautère. Je n'ai pas fait la trachéotomie préventive, mais trois fois j'ai fait la ligature préalable de la carotide externe. Dans aucun de ces cas il ne s'est développé de pneumonie, mais deux de mes opérés sont morts d'hémorrhagies secondaires. L'un succomba à une hémorrhagie de la carotide primitive, l'autre vers le dixième jour à une hémorrhagie de la carotide externe.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.). 39.3.86. *Le Gérant :* G. MASSON.

M. Després. Les opérations qui font le sujet de la discussion actuelle sont au nombre de celles que je ne pratique pas. Mais je suis frappé de voir combien la théorie domine la chirurgie. Ne voyons-nous pas tous les jours succomber sans avoir été opérés et sans avoir de pneumonies des malades atteints de cancers du pharynx et de la bouche, chez lesquels la déglutition entraîne incessamment les matières putrides auxquelles on attribue précisément la production des pneumonies après les opérations.

Tout récemment est mort, dans mon service, un sergent de ville atteint de cancer du pharynx, auquel je m'étais contenté de prescrire des gargarismes fréquents avec une solution de chlorure de zinc. Il a vécu ainsi longtemps, et il est mort sans avoir eu de pneumonie. Je ne crois pas que la trachéotomie puisse prévenir la pneumonie septique. Il ne faut pas oublier que, toutes les fois que l'on opère sur le pharynx et sur la langue, on ouvre de nombreuses veines. Dans ces veines, il se fait des infarctus et ceux-ci peuvent être l'origine d'une infection purulente. C'est à cet ordre de complications que me paraissent se rattacher les lésions pulmonaires chez les opérés que l'on nous a cités.

Je ne fais la trachéotomie que lorsqu'il existe des cancers du pharynx ou de la langue capables d'entraîner l'asphyxie.

M. Monod. Je répondrai à M. Verneuil que j'ai eu surtout en vue les opérations que l'on pratique sur le pharynx, et que, dans deux des cas que j'ai rapportés, l'autopsie n'a pas laissé de doutes sur l'existence d'une pneumonie. A M. Terrier, je suis obligé de dire que, pour arriver à bourrer le pharynx et la bouche de gaze iodoformée de manière à obtenir l'antisepsie, il me semble indispensable d'avoir fait préalablement la trachéotomie. Je me félicite, du reste, d'avoir provoqué cette discussion, qui montre que la plupart des membres de la Société ont sur cette opération une opinion très différente de celle des chirurgiens allemands.

M. Terrier. Il a été beaucoup question de pneumonies dans la discussion. Peut-être les faits invoqués et observés par les chirurgiens allemands sont-ils, en réalité, des lésions des poumons se rattachant à l'infection purulente.

M. Marchand. Je crois que l'on fait confusion lorsqu'on considère comme des pneumonies septiques celles qui résultent du contact irritant des produits de la suppuration avec les bronches.

M. Le Fort. Je tiens à revenir sur la question de l'action de l'air froid sur les bronches comme cause de pneumonie. Chez les enfants trachéotomisés, il est incontestable que l'on voit souvent la

pneumonie se développer, si l'on n'a pas soin d'entourer le cou d'une cravate de gaze pour que l'air arrive suffisamment échauffé dans la trachée.

M. Terrier. Les enfants que l'on trachéotomise sont déjà malades au moment de l'opération, et comme tels, plus susceptibles d'être influencés par l'action du froid. Je me demande d'ailleurs s'il y a réellement action de l'air froid sur les bronches, les enfants étant généralement maintenus dans des pièces où la température atteint 18 à 20 degrés. La présence de quelques doubles de gaze ne me paraît pas non plus capable d'élever sensiblement la température de l'air qui pénètre dans la trachée. Elle agit plutôt en arrêtant les poussières. J'observe souvent un homme et une femme qui ont été trachéotomisés pour des rétrécissements syphilitiques de la trachée. Ils demandent l'aumône et stationnent longuement sur la voie publique, enlevant fréquemment leur canule pendant l'hiver, et cependant ils ne contractent pas de pneumonie. Je crois que la filtration de l'air a plus d'importance que l'élévation de sa température, et que les poussières de l'atmosphère sont plus dangereuses que le froid.

M. Le Fort. L'expérience de chacun est là pour démontrer que l'air inspiré est moins froid lorsqu'il a été tamisé à travers les mailles d'un tissu ou d'un appareil approprié. Contrairement à M. Terrier, je ne crois pas la cravate de gaze capable d'arrêter beaucoup les poussières de l'atmosphère. Pour les chevaux porteurs de canules et pour les opérés qu'il a cités, il faut tenir compte de l'habitude acquise par la muqueuse bronchique de subir l'impression du froid. Mais, dans les premiers moments qui suivent l'opération, l'impression de l'air froid peut avoir plus d'inconvénients.

Communication.

M. Després donne à la Société des nouvelles de la jeune fille dont il a rapporté l'observation dans la séance du 20 janvier. Cette jeune fille, atteinte de rétention du sang menstruel dans l'utérus, a vu ses règles se rétablir. Elles sont venues le 26 janvier et le 19 février. L'évacuation du sang retenu dans l'utérus avait eu lieu le 4 décembre 1885.

Communication.

M. Bouilly donne lecture d'une observation d'un *kyste hydatique intra-péritonéal enlevé par la laparotomie.*

Le sujet de cette observation est un garçon de 22 ans, entré en avril 1883, à l'hôpital Beaujon, dans le service du Dr Labbé, que je remplaçais à cette époque. Le 27 janvier précédent, la tumeur abdominale pour laquelle il se présentait à l'hôpital avait été ponctionnée par M. Tillaux, qui avait retiré un liquide clair, transparent, caractéristique du kyste hydatique.

Actuellement (avril 1883), le malade présente dans le côté droit de l'abdomen, immédiatement à droite de la ligne médiane, une tumeur volumineuse dont le milieu, qui est le point le plus saillant, répond à une ligne transversale passant par l'ombilic. Cette tumeur fait un volumineux relief en verre de montre dans une étendue verticale d'environ 15 à 18 centimètres et une étendue transversale de même dimension; elle est donc à peu près régulièrement hémisphérique. Les téguments sont absolument sains et présentent leur aspect normal.

A la palpation, la tumeur donne l'idée d'une masse volumineuse faisant saillie dans la profondeur; elle est lisse et régulière, peut être facilement circonscrite à sa périphérie, dans presque toute sa circonférence, sauf à la partie interne, où elle semble plonger sous la ligne blanche. Au niveau de l'ombilic, elle dépasse la ligne médiane et avance de 2 à 3 centimètres vers le côté gauche dans la profondeur. A sa partie postérieure, elle ne peut être isolée par la palpation des parties sous-jacentes. Elle éprouve, pendant le relâchement des muscles, une certaine mobilité dans le sens transversal; elle ne peut être déplacée dans le sens vertical.

Si l'on fait asseoir le malade sur son lit, la tumeur devient plus dure et se tend, et est beaucoup moins mobile dans le sens transversal; elle est donc manifestement fixée par la contraction du grand droit de l'abdomen, que l'on sent se durcir sous la peau.

Au-dessus de la tumeur, il existe une zone de sonorité très nette la séparant avec la plus grande facilité de la matité du foie; dans toute sa circonférence, elle est circonscrite par la sonorité intestinale normale. La tumeur elle-même est mate à une percussion superficielle; elle donne une certaine sonorité par une percussion forte et profonde, indiquant les anses intestinales sous-jacentes.

Dans toute son étendue, elle est élastique, rénitente et très manifestement fluctuante en tous les points. A sa périphérie, elle paraît entourée par une zone plus résistante, indurée, et l'enveloppe de la collection elle-même paraît ferme et résistante.

L'indolence est à peu près complète dans tous les points, sauf si l'on exerce une assez forte pression.

L'état général est très bon; le malade n'a jamais éprouvé aucun malaise; les fonctions digestives s'exécutent librement.

En me fondant sur la marche et l'évolution de la tumeur, sur les caractères du liquide fourni par la première ponction, sur le siège de la tumeur et ses connexions avec les plans de la paroi abdominale, je diagnostique un kyste hydatique développé dans l'épaisseur du muscle grand droit de l'abdomen, à sa face profonde, tout près du tissu cellulaire sous-péritonéal et faisant dans l'abdomen une saillie au moins égale à celle qui existe du côté de l'extérieur. La netteté de la fluctuation étendue à toute la poche me fait penser qu'il s'agit d'un kyste uniloculaire.

Aussi, je me propose, après incision des parties molles, d'arriver sur le kyste celluleux adventice, dans lequel est contenue l'hydatide et d'extraire cette dernière poche, soit avec tout son contenu, soit vide si elle se déchire dans les efforts d'extraction ou se présente trop volumineuse à l'orifice de sortie.

3 *avril* 1883. — Anesthésie. Antisepsie. Incision cutanée sur la partie la plus saillante de la tumeur dans l'étendue de 10 à 12 centimètres; incision dans la même étendue de l'aponévrose qui forme le feuillet antérieur de la gaine musculaire; incision correspondante des fibres musculaires. Arrivé à la face profonde du muscle, je cherche avec les doigts ou avec une spatule à énucléer la tumeur de ses adhérences, qui paraissent très intimes. A ce moment, le kyste se rompt, et il s'en échappe une quantité énorme, à flots, d'un pus crémeux, de bonne nature, un peu gris verdâtre. La quantité qui s'échappe ainsi peut être facilement évaluée à un litre, au minimum. Pendant l'écoulement du pus, la poche hydatique, affaissée, grosse comme une volumineuse orange, vient se présenter aux lèvres de la plaie et est facilement extraite.

Après évacuation complète du pus et lavage de la poche, il devient facile de se rendre compte du siège et des rapports de la tumeur. Celle-ci n'est pas contenue à la face profonde du muscle grand droit, comme je l'avais supposé, mais elle est développée primitivement dans la cavité péritonéale elle-même. Le kyste adventice qui renfermait l'hydatide est composé de la manière suivante : en avant le péritoine pariétal, chroniquement enflammé, lardacé, présentant une épaisseur de 3 à 4 millimètres; en arrière, à la face profonde, deux à trois anses intestinales, solidement agglutinées, recouvertes d'une fausse membrane épaisse et résistante de péritonite chronique; à la périphérie, des adhérences entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral. L'hydatide se trouvait donc en pleine cavité péritonéale, enveloppée de tous côtés par des adhérences de nouvelle formation lui ayant formé une poche cellulo-fibreuse isolante. A la partie profonde, cette poche n'est pas régulière, comme à la partie antérieure, à cause des inégalités formées par les circonvolutions des deux anses intestinales qui forment le fond de la cavité. Toute cette poche est soigneusement lavée à l'aide de grandes irrigations d'eau phéniquée forte (5 0/0) dont on favorise la sortie pour éviter les accidents d'intoxication. Deux gros tubes à drainage sont mis en place. Suture de la paroi abdominale comprenant le muscle et le péritoine pour éviter autant que possible l'évacuation

consécutive ; réunion de la peau avec des fils d'argent, si ce n'est à la partie inférieure, où la plaie est laissée béante pour le passage des tubes et l'écoulement facile des liquides. Compression avec trois éponges; pansement de Lister; coton, bandage de corps.

Opium 10 centigrammes, à prendre dans la journée, s'il y a quelques phénomènes menaçants du côté du péritoine.

Les suites furent très simples; la suppuration fut remplacée dès les premiers jours par l'écoulement d'une sérosité jaunâtre assez abondante. Les tubes furent successivement raccourcis, puis supprimés le 22 avril, et la cicatrisation était définitive le 15 mai. Un petit bourgeon charnu dut être cautérisé à plusieurs reprises dans l'angle inférieur de la plaie.

Présentation d'appareil.

M. Le Fort présente des moules plâtrés donnant exactement la forme du pourtour de la cavité thoracique et remplaçant avantageusement les courbes fournies par le cyrtomètre. Il les obtient en entourant la base du thorax d'une ceinture faite avec une bande de tarlatane plâtrée un peu large. Lorsque la solidification du plâtre est opérée, il coupe en un point cette ceinture pour l'enlever. Mais elle conserve la forme de la base du thorax et peut servir à découper des patrons en papier avec lesquels on suit facilement, comme il en a fait l'expérience sur un malade auquel il a pratiqué l'empyème, le retrait de la paroi thoracique après l'ouverture de la plèvre.

Présentation de malade.

M. Polaillon présente un malade auquel il a pratiqué la résection du coude.

C'est un jeune homme chétif, dont les poumons sont suspects de tuberculisation. La résection a été pratiquée le 16 janvier 1885, par l'incision d'Ollier. Toutes les parties qui paraissaient malades ont été enlevées. Néanmoins, comme cela est ordinaire, il est resté quelques portions de tissus douteux; mais ces tissus suppurent et se modifient sous le pansement antiseptique, et, en définitive, le résultat est satisfaisant.

Présentation de pièce.

M. Terrillon présente un *kyste de l'ovaire* qu'il a recueilli à l'autopsie d'une femme de son service, à la Salpêtrière.

Kyste de l'ovaire à paroi interne végétante, traité anciennement par des injections de chlorure de zinc. — Reproduction du liquide plusieurs fois. — Mort par accidents éloignés. — Curieuses modifications du kyste, par M. Terrillon.

Femme de 49 ans, sans enfants, morte le 30 décembre 1885 à la Salpêtrière. Elle portait depuis longtemps un kyste ovarique.

Les renseignements sur sa maladie sont les suivants :

Il y a cinq ans, alors qu'elle avait son kyste depuis environ un an et demi, M. Th. Anger fit une ponction qui donna issue à un liquide limpide à peine coloré.

A la suite de la ponction, il injecta dans la poche une certaine quantité de chlorure de zinc.

Ce caustique occasionna, d'après le dire de la malade, une violente inflammation avec des accidents péritonéaux qui mirent sa vie en danger, ou au moins provoquèrent des douleurs très violentes et un grand affaiblissement.

Malgré cela, la même opération fut répétée deux fois, sans accidents aussi sérieux.

La tumeur recommença cependant à se remplir, et nécessita depuis plusieurs ponctions. Mais à partir de cette époque, la malade éprouva d'une façon continue des douleurs violentes avec tiraillements pénibles dans l'abdomen, ce qui l'affaiblit considérablement et la mit dans un état d'impotence absolue.

Elle fut admise à l'hospice de la Salpêtrière comme infirme et incurable.

M. Terrier, qui la vit dans son service en 1882, ne crut pas devoir tenter une opération et se contenta de ponctionner le kyste.

Quand je pris le service en 1883, la malade était dans un état déplorable. Je lui pratiquai depuis cette époque trois ponctions, qui donnèrent environ 15 litres de liquide chacune.

La dernière date du 15 juillet 1885, cinq mois avant sa mort.

Ce liquide était fortement coloré en vert, transparent et non filant.

L'analyse pratiquée par M. Dumouthier, interne en pharmacie à la Salpêtrière, donna les résultats suivants :

Densité, 1,022.

Matières albuminoïdes, 50 grammes.

Pas de paralbumine.

Hydropisine, 11 grammes.

Sels anhydres, 10 grammes par litre.

Depuis le mois de juillet, la poche s'était peu remplie et avait à peine le volume d'une tête d'adulte.

Mais l'état de la malade empirait.

L'affaiblissement s'accentuait graduellement, lorsque vers le 15 décembre elle fut prise subitement de vomissements, d'ictère intense et de demi-coma.

Malgré nos efforts, elle mourut le 30 décembre, sans que nous ayons

eu une notion exacte sur la nature des accidents qui avaient causé la mort.

L'*autopsie* montre des lésions fort curieuses dont voici le résumé :

Le kyste, peu volumineux, à surface lisse et jaunâtre, ne présentait aucune adhérence avec l'épiploon ou l'intestin, ni avec la paroi abdominale. Mais par sa partie inférieure, il était uni intimement au fond et à la face postérieure de l'utérus.

Les parois sont épaisses, fibreuses, denses et ratatinées. Leur face interne est tapissée par place par des fongosités atrophiées, jaunâtres et comme cartilagineuses.

On y trouve aussi trois ou quatre kystes secondaires, à parois épaissies et flétries, et contenant des liquides variés.

Enfin, de grosses brides fibreuses et dures traversent le kyste.

Il est certain qu'on est en présence d'un kyste flétri, ratatiné à la longue et dont l'activité sécrétante est en partie détruite.

Le liquide qu'il contient ne renferme pas de paralbumine, ce qui indique que les cellules qui tapissaient sa surface avaient été en partie détruites ou altérées. On sait en effet que ce sont les cellules cylindriques et principalement les cellules caliciformes qui tapissent la surface interne de ces kystes qui produisent la paralbumine, Or, ici, ces cellules avaient été modifiées par les injections chlorurées.

Les parois des kystes, épaisses, présentaient les caractères histologiques du tissu fibreux dense, sans trace de sarcome ou d'épithélium.

Le reste de l'abdomen montre des adhérences anciennes et fibreuses unissant les anses intestinales aux parties voisines, et entre elles ou avec l'épiploon. Une anse de l'intestin grêle est très adhérente à la face inférieure du foie. A ce niveau s'est développé un abcès stercoro-biliaire, creusé dans l'épaisseur du parenchyme hépatique et en communication avec l'intestin. Cette lésion doit avoir été la cause des accidents mortels, qui étaient surtout des accidents hépatiques. Quant aux adhérences péritonéales disséminées, elles semblent avoir été causées par les poussées de péritonite succédant aux injections irritantes. Elles devaient être aussi la cause de ces douleurs permanentes, de ces tiraillements douloureux de l'abdomen, que la malade éprouva pendant ses dernières années et qui constituaient sa principale infirmité. L'utérus et les autres organes étaient sains.

Cette observation mériterait de longs commentaires, mais je signalerai seulement les plus importants.

Elle démontre que l'action des injections irritantes en général, et en particulier celle de chlorure de zinc, qui est la plus énergique, n'a qu'un effet très minime ou très lent sur les kystes multiloculaires végétants, même quand ils se rapprochent le plus des kystes uniloculaires. L'effet produit est cependant curieux à noter, puisque, malgré la structure compliquée des parois de ces kystes et de leur surface interne couverte de végétations et de kystes secondaires, elle peut les altérer, les transformer en tissus moins vivants, en un mot amener leur atrophie et leur transformation en tissu fibreux dense et en graisse.

Nous savons que cette action, qui, dans ce cas, est lente et peu éner

gique, a au contraire une grande puissance dans les kystes à paroi simple, uniloculaire, comme les kystes para-ovariens.

Cette autopsie montre que ces injections peuvent être nuisibles par leur effet sur le péritoine voisin du kyste, en provoquant des lésions anatomiques qui peuvent avoir une grande influence sur la vie et la nutrition générale des malades. Ces effets nuisibles ont été, chez cette malade, assez peu intenses, aussi la vie n'a pas été compromise immédiatement; mais, dans d'autres cas, il y a eu développement d'une péritonite mortelle. Enfin, je n'ai pas l'intention de revenir ici sur la discussion, actuellement épuisée, touchant le parallèle à établir entre la méthode des injections irritantes dans les kystes d'apparence uniloculaire et la méthode qui consiste à les enlever par la laparotomie.

Le procès de l'ovariotomie, longuement plaidé, est actuellement gagné.

L'histoire de cette malade prouve seulement que, au lieu de tenter l'emploi des injections irritantes, il eût été préférable d'opérer. L'opération, faite en temps opportun, aurait été facile et simple, puisque les adhérences, même avec l'utérus, devaient avoir été assez minimes au début.

Discussion.

M. Th. Anger se rappelle avoir ponctionné ce kyste et pratiqué l'injection vers 1880. Il apportera l'observation détaillée dans la prochaine séance. Il demande seulement si le kyste ne présentait qu'une seule poche.

M. Terrillon dit que la tumeur disparaissait après chaque ponction, mais qu'à l'intérieur de la poche on peut constater l'existence de très petits kystes.

Présentation de pièce.

M. Marchand présente un utérus qu'il a enlevé par l'*hystérectomie vaginale.*

Extirpation totale de l'utérus par le vagin, par M. A.-H. Marchand.

F. D..., 42 ans, entrée à l'hôpital de la Maternité, salle Levret, le 23 septembre 1885.

Pas d'antécédents héréditaires; son père et sa mère vivent encore.

Elle a eu 10 enfants à terme et 2 fausses couches. Son dernier accouchement remonte à deux ans.

Elle a été réglée à 14 ans et demi, et la menstruation a toujours été régulière jusqu'à ces derniers temps. Les règles durent en général cinq à six jours et ne sont pas très abondantes.

Depuis six mois, la malade se plaint de pertes rougeâtres qui se montrent tous les jours.

Ces pertes sont peu abondantes, mais il ne se passe pas de jour sans qu'il n'y ait un léger écoulement.

Elle a eu une véritable hémorrhagie le 1er octobre; celle-ci a duré cinq jours, pendant lesquels la malade a perdu une assez grande quantité de sang.

La malade a pâli depuis le début de l'écoulement, mais sans prendre une teinte cachectique; mais son état général est satisfaisant, l'appétit bon, les principales fonctions normales. Elle n'a jamais souffert, et son attention n'a été éveillée que par l'écoulement rougeâtre déjà mentionné.

Le toucher vaginal montre que le col est le siège d'un épithélioma ulcéré occupant toute son étendue. La portion vaginale, usée par les nombreux accouchements, rongée par l'ulcération, ne fait presque aucune saillie dans le vagin. Au centre de la surface ulcérée, on trouve une dépression anfractueuse dans laquelle le doigt pénètre facilement, et qui n'est autre que la cavité cervicale, agrandie, irrégulière. La dégénérescence remonte donc très haut vers le corps utérin, et, suivant toute vraisemblance, la portion sus-vaginale est envahie en totalité.

Les culs-de-sac antérieur et latéraux du vagin sont libres, le postérieur présente une certaine rigidité qui empêche le speculum de le développer complètement.

A droite, sans qu'on puisse constater la moindre induration, l'exploration bi-manuelle est douloureuse. Le corps de l'utérus est volumineux; du reste, son fond atteint et dépasse même le bord supérieur de la symphyse pubienne.

Les pressions exercées sur cette partie de l'organe amènent un abaissement notable, ce qui confirme les données fournies par le toucher, concernant la mobilité de l'organe et conséquemment l'état anatomique des ligaments larges.

L'extirpation totale par le vagin me semble, dans l'espèce, la suprême ressource qui puisse être tentée, aucune autre opération complète, tout en *restant partielle*, ne pouvant être pratiquée.

Le 28 octobre 1885, assisté par mes excellents collègues MM. Marc Sée et Ch. Monod, je procédai à l'extirpation totale de la façon suivante : Après une minutieuse injection antiseptique, je saisis, au niveau des insertions vaginales antérieures, ce qui restait du col, au moyen de deux pinces de Museux; je pus, sans exercer des tractions bien énergiques, aidé par une douce pression exercée sur le fond de l'utérus, amener ce dernier à peu de distance de la vulve. Le vagin suivit l'utérus dans sa descente, en s'inversant sans difficultés en avant et

sur les côtés. En arrière, le cul-de-sac se déplissa peu et l'inversion ne put s'effectuer qu'en avant d'une mince bandelette de tissu vaginal induré. La lèvre postérieure du col restait donc cachée au fond d'une petite rigole semi-circulaire, limitée en avant par la paroi vaginale saine faisant valvule.

J'incisai d'abord le cul-de-sac antérieur et procédai au décollement de la vessie. Ce temps s'effectua sans difficultés et très rapidement; aucun vaisseau de quelque importance ne fut ouvert, et je parvins au cul-de-sac vésico-utérin, qui fut aisément abaissé au moyen d'une pince à griffes et ouvert d'un coup de ciseaux.

Je fis ensuite l'incision postérieure en avant du repli valvulaire décrit plus haut. Le cul-de-sac recto-vaginal était oblitéré par d'anciennes adhérences et ne put être rapidement ouvert, aussi n'arrivai-je à la séreuse qu'après une dissection assez difficile, pendant laquelle je me préoccupais de rester à une distance respectable du rectum. La grande séreuse ne fut atteinte et ouverte qu'à la partie supérieure du col, ainsi que le démontre la pièce extirpée. Je ne trouvai, du reste, l'opération achevée, aucun prolongement séreux intermédiaire au vagin et au rectum, comme cela eût été si la séreuse avait été incisée au-dessus du cul-de-sac de Douglas intact.

J'intéressai pendant cette dissection quelques vaisseaux, peu volumineux, il est vrai; la légère hémorrhagie qu'ils fournirent fut provisoirement réprimée avec des éponges phéniquées et des irrigations chaudes.

L'utérus, séparé de ses connexions en avant et en arrière, et le péritoine largement ouvert des deux côtés, je trouvai entre le corps de l'organe, le rectum et la face postérieure de la vessie, des adhérences péritonéales anciennes, assez longues et peu résistantes; ces dernières détruites, je fis basculer l'utérus en arrière. Pour l'exécution de ce temps, j'exerçai des tractions au moyen d'une pince de Museux implantée sur sa face postérieure, en même temps que deux doigts introduits par le cul-de-sac vésico-utérin exerçaient une pression sur sa face antérieure.

Le renversement se fit facilement; le fond de l'utérus fut amené à la vulve, ainsi que le bord supérieur des ligaments larges tordus sur eux-mêmes.

Ceux-ci furent traversés, à leur partie moyenne, par un double cordonnet de soie forte; deux anses entrecroisées furent ainsi formées et serrées fortement. Je détachai le ligament large gauche le premier, et, bien que le droit fût intact et que je n'eusse pas pris la précaution de faire une double ligature, la section utérine ne donna presque pas de sang. Le ligament droit fut ensuite traité de la même façon et l'utérus complètement séparé. La ligature du premier ligament large fut effectuée sans aucune difficulté, ce qui tient sûrement à la laxité de ce dernier.

L'opération avait duré une heure un quart, y compris le pansement et l'application des pinces à forcipressure, après des tentatives prolongées et inutiles pour saisir isolément les vaisseaux et les lier. Ce fut

ce contretemps, dû à l'hémorrhagie provenant de la paroi postérieure du vagin, qui détermina indirectement l'accident par suite duquel la guérison a tant tardé chez cette malade.

Jusqu'au 4e jour de l'opération, rien à signaler; en effet la malade se releva parfaitement, la température ne dépassa pas 38°,4 ; 1er jour, le soir, 38°,7, 38°,3.

Le 4e jour, 1er novembre, la température est normale (le matin 37°,4). Je m'aperçus ce jour même, pour la première fois, que l'écoulement vaginal, qui était absolument inodore le jour précédent, avait pris une teinte brune et contractait une odeur notable de sphacèle. Je prescris trois lavages par jour avec la solution de sublimé à 1/2000.

Le 9e jour, 5 novembre, à l'occasion d'une selle provoquée par une légère dose d'huile de ricin, des matières fécales sont rendues par le vagin. Le toucher me fit constater une large perforation du rectum siégeant très haut au centre de la cavité opératoire, et admettant aisément le bout de l'index.

A partir de ce jour, des matières fécales passèrent largement par le vagin en même temps que par l'anus. Je constipai la malade, mais celle-ci n'était que peu influencée par des doses d'opium relativement considérables (0,12 centigrammes d'extrait thébaïque par jour).

19 *novembre*. La température a remonté notablement, quoique la malade, entièrement constipée, n'eût rien rendu par le vagin ; depuis plusieurs jours 39°,2, le soir 40 degrés.

Les lavages quotidiens n'avaient non plus rien entraîné. En touchant la malade pour tenter de découvrir la cause de cette aggravation, je trouve le fond du vagin, toute la cavité opératoire, remplie par une masse de matières fécales dures de volume d'un gros œuf. On procède au curage de cette cavité, ainsi que de l'intestin. Les jours suivants, on multiplie les lavages, qui sont confiés à une élève sage-femme et parfaitement exécutés.

La température tombe de nouveau les jours suivants.

13 *décembre*. Depuis quelques jours la température a monté de nouveau, l'appétit s'est perdu et la malade a de petits frissons le soir. On constate une tuméfaction douloureuse au-dessus de l'arcade crurale. Incision, issue d'un verre de pus fétide, d'odeur fécaloïde. Drainage, lavages antiseptiques. A partir de ce moment, 20 décembre, l'état de la malade s'est rapidement amélioré, l'appétit est revenu, la température est normale, mais les matières passent toujours en partie par le vagin. La cavité opératoire est très rétrécie, la fistule semble moins étendue.

28 *décembre*. Les matières ne passent presque plus par le vagin, quoique la perforation persiste encore, mais ses bords semblent s'être épaissis.

8 *janvier*. La malade ne perd décidément plus rien par le vagin. La cavité opératoire est comblée, le vagin se termine par un cul-de-sac absolument imperforé. Du côté du rectum, on sent une ligne cicatricielle indiquant le siège de la perforation, qu'on n'atteint plus du reste par le vagin.

L'état de la malade est excellent, elle se lève toute la journée, a un

bon appétit et a repris depuis quelque temps un notable embonpoint.
13 *janvier*. La malade attend son départ pour le Vésinet.

La malade s'est présentée de nouveau à mon examen, le 11 février, à l'hôpital Saint-Antoine. Le fond du vagin présente une cicatrice transversale avec une légère dépression médiane. Le toucher vaginal et le toucher rectal combinés ne décèlent aucune induration profonde de fâcheuse signification. Tous les tissus sont, au contraire, mous et flexibles. On ne constate rien non plus vers les parois latérales de l'excavation pelvienne, si fortement que le doigt soit dirigé vers elles, par le vagin ou le rectum. L'état général est on ne peut plus satisfaisant, et la malade a repris ses travaux habituels. (Elle est vernisseuse.)

L'utérus enlevé mesurait 12 centimètres de diamètre vertical. La portion cervicale était envahie en totalité par le néoplasme constitué par un tissu blanchâtre très friable. La dégénérescence avait débuté par la cavité cervicale ; car manifestement, en arrière, il existe une petite zone de tissu utérin normal. Elle s'arrête assez nettement au niveau de l'orifice interne.

Le corps est volumineux, à parois un peu épaissies, mais saines. La cavité du corps est un peu agrandie et tapissée par une muqueuse saine.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 3 mars 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Le premier fascicule du tome XII (1886) de nos *Bulletins et Mémoires*;

3° Une lettre de M. le professeur Tilanus (d'Amsterdam), remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger;

4° Une circulaire de M. le ministre de l'instruction publique, informant la Société que le congrès des sociétés savantes s'ouvrira le mardi 27 avril prochain, à la Sorbonne, et invitant la Société à désigner des délégués pour y prendre part;

5° MM. Terrillon et Lannelongue, membres du jury du concours pour l'agrégation en chirurgie, demandent un congé pendant la durée de ce concours (renvoi à la commission des congés);

6° M. Pozzi dépose, au nom du comité permanent du congrès de chirurgie, le volume contenant les procès-verbaux, mémoires et discussions de la première session. Cette publication est faite sous la direction de M. Pozzi, secrétaire général du congrès.

Communication.

Sarcome de la muqueuse utérine et hématomètre,

Par M. Terrillon.

L'hématomètre ou la replétion de la cavité utérine, par une certaine quantité de sang, peut reconnaître des causes variées. Tantôt la maladie est d'origine congénitale, et la cause de l'oblitération du conduit vagino-utérin porte sur la vulve, le vagin ou le col de l'utérus. Cet accident se rencontre chez les jeunes filles. Tantôt, il reconnaît pour cause une atrésie ou oblitération du col de l'utérus survenue à un âge plus avancé et dans des circonstances diverses.

J'ai observé un cas dans lequel la transformation en un vaste kyste sanguin était due à une altération peu fréquente de la muqueuse utérine : le sarcome végétant.

Cette observation peut être intitulée :

Sarcome de la muqueuse utérine. — Oblitération de l'orifice interne du col. — Transformation de la cavité utérine en un kyste sanguin ou hématomètre. — Ablation sus-vaginale de l'utérus.

Mme Dussuc, âgée de 53 ans, entre à la Salpêtrière le 2 novembre 1882.

Les antécédents de cette malade sont assez simples.

Les premières règles parurent à 14 ans.

Elle n'eut jamais aucun trouble de ce côté jusqu'à 40 ans.

A cette époque, elles devinrent moins abondantes, et cessèrent à 45 ans.

Mariée à 18 ans, elle n'eut jamais d'enfant.

En 1871, à peu près à l'époque où elle remarqua que ses règles diminuèrent, la malade s'aperçut que son ventre devenait plus volumineux, et bientôt se déclarèrent des douleurs très vives dans la région de l'abdomen.

Celles-ci persistèrent pendant un mois au moins, avec une grande intensité, mais en présentant des exacerbations tous les jours pendant quelques heures.

Depuis cette époque, le ventre a continué lentement à grossir, les douleurs ont reparu à intervalles assez irréguliers; la malade a maigri d'une façon notable. L'état général s'est aggravé, et surtout depuis quelque temps la malade se plaint d'un grand affaiblissement. Le seul phénomène sur lequel la malade insiste est la perte, à intervalles réguliers, d'une certaine quantité de matières blanchâtres au moment des douleurs abdominales.

L'examen de l'abdomen donne les résultats suivants :

Le ventre est très volumineux, très tendu; on sent manifestement une tumeur à convexité supérieure et inclinée légèrement du côté droit.

Elle donne tous les caractères de la fluctuation dans une poche très remplie.

Par le toucher, on constate que le col est très élevé, immobilisé contre la symphyse. Le cul-de-sac postérieur n'est pas effacé, mais, en le repoussant profondément, on arrive sur la tumeur abdominale. La tumeur et le col paraissent se confondre.

Avec un hystéromètre flexible, j'essaye de pénétrer dans l'utérus; mais le col me semble imperméable, ce que j'attribue à l'âge de la malade.

Le diagnostic préalable était donc *kyste ovarique*, tumeur fibro-kystique ou kyste ovarique ayant des connexions assez intimes avec l'utérus.

Pour être plus certain du diagnostic, je pratique une ponction exploratrice sur la ligne médiane, laquelle donne six litres de liquide noirâtre épais et contenant des cristaux de cholestérine.

En présence de ce résultat, le diagnostic ne semblant pas douteux, l'opération fut décidée malgré l'état d'affaiblissement considérable de la malade.

L'opération fut pratiquée le 11 décembre 1882.

Une incision sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, fut prolongée ensuite au delà de l'ombilic. Après avoir déchiré quelques adhérences antérieures, la tumeur fut mise à nu. La paroi était épaisse, nacrée, assez semblable à un utérus gravide et des veines volumineuses rampaient à sa surface, principalement vers les côtés.

Un gros trocart aspirateur fut enfoncé dans la paroi, en ayant soin de ménager les veines volumineuses. On put ainsi extraire sept litres de liquide rougeâtre, peu filant, assez semblable à celui qu'avait donné la ponction précédente.

Après avoir vidé cette poche, la main est introduite dans l'abdomen.

Elle constate que les parois en sont épaissies et se prolongent en bas, sur une masse assez volumineuse.

Des adhérences avec l'épiploon, les intestins, sont déchirées vers la partie postérieure. Des adhérences semblables sont rompues, du côté droit, au niveau du bassin.

Lorsque la tumeur est ainsi isolée la main est arrêtée par les culs-de-sac péritonéaux en arrière et en avant et on trouve, sur les côtés, de gros paquets veineux qui viennent du ligament large. Après un examen plus approfondi et en combinant le toucher vaginal avec l'exploration de la vessie, on acquiert la certitude qu'il s'agit d'un utérus considérablement distendu par du liquide sanguin mais sans effacement du col.

Les paquets veineux, utéro-ovariens supérieurs, sont coupés entre deux ligatures de chaque côte.

Il est facile alors de faire saillir toute la tumeur au-dessus de la plaie abdominale, et on constate alors, plus nettement, une partie rétrécie qui correspond au col de l'utérus. A l'union de cette partie et de la masse principale, on place une broche transversale au-dessous de laquelle est placée une branche de fil de fer au moyen du ligateur de Cintrat.

Lorsque l'hémostase fut assurée par la constriction, je coupai les parties situées au-dessus de la broche et je constatai alors que la section avait porté sur le col utérin, très épaissi à ce niveau.

Comme il semble difficile à cause de la brièveté du moignon de faire des sutures multiples des surfaces sectionnées, le col utérin est fixé dans l'angle inférieur de la face abdominale. Celle-ci est suturée avec soin.

L'opération a duré une heure vingt minutes.

La malade est dans un collapsus très prononcé et respire difficilement. Des injections d'éther et les soins dont on l'entoure la ranimèrent.

Les suites de l'opération furent assez simples et ne méritent aucune mention spéciale. Mais la malade s'épuisa progressivement et mourut cinquante-huit jours après l'opération. L'autopsie pratiquée avec soin ne fit découvrir aucune cause de la mort autre que la faiblesse extrême de la malade.

Les ganglions pré-lombaires étaient sarcomateux.

La tumeur ainsi enlevée et vidée du sang qu'elle contenait pesait huit kilogrammes. Elle était constituée par l'utérus considérablement distendu et hypertrophié.

Les parois musculeuses avaient, surtout vers les parties inférieures, près de deux travers de doigts d'épaisseur, près de cinq centimètres. Elles étaient formées par le tissu utérin même hypertrophié contenant de gros sinus veineux.

La cavité était unique, sans diverticules et séparée de celle du col par une masse épaisse qui correspondait exactement à l'orifice interne du col. Cette masse oblitérait complètement l'orifice du col. Les trompes n'étaient pas dilatées, on les trouvait étalées à la surface de l'utérus. Cet utérus hypertrophié contenait, à ce moment, plusieurs cen-

taines de grammes de sang très liquide et presque pur qui avait dû s'épancher dans son intérieur après la ponction faite au début de l'opération.

La perte du sang ainsi produite après l'évacuation de la poche avait été probablement la cause principale de l'épuisement extrême dans lequel était la malade après l'opération.

La surface interne de la poche était recouverte de masses mamelonnées dont plusieurs avaient le volume d'un gros marron. Elles paraissaient constituées par la muqueuse considérablement hypertrophiée mais ramollie et devenue caverneuse et comme formée par un tissu *télangiectasique.* Quelques-unes étaient pédiculées et se détachaient facilement en se déchirant. L'orifice interne était obturé par une de ces masses. Enfin toutes ces surfaces étaient recouvertes d'une couche fibrineuse, colorée, épaissie par places et se détachant par lambeaux.

Cette fibrine altérée était le reliquat des caillots dus aux épanchements sanguins antérieurs.

La pièce anatomique fut présentée devant la Société anatomique, (*Bull. Soc. anat.*, 1882, p. 537.)

L'examen histologique montre entre autres particularités que l'hypertrophie de la muqueuse était due à la présence d'un tissu sarcomateux abondant, rempli de vaisseaux dilatés et gorgés de sang.

Il n'y avait aucune trace d'épithélioma ou de carcinome.

Le sarcome, en grande partie altéré à la surface des mamelons, était facile à étudier à leur base. Il était formé presque exclusivement par du tissu embryonnaire.

Toute la muqueuse épaissie et molle était transformée en ce tissu peu résistant. Les parois musculeuses très hypertrophiées ne contenaient pas de sarcome.

Cette observation se prête à plusieurs considérations importantes qui ont trait surtout à la nature et à l'origine de la tumeur, au diagnostic et à l'intervention chirurgicale.

La nature de l'affection n'est pas douteuse. Il s'agissait évidemment d'une dilatation de l'utérus, avec hypertrophie des parois de cet organe. Les orifices étaient oblitérés et la cavité remplie de liquide roussâtre. Ce liquide était évidemment dérivé du sang altéré et dénaturé. Une couche de caillots fibrineux revêtant la surface interne de l'utérus attestait bien qu'une quantité notable de sang avait été versée dans la cavité utérine.

L'orifice du col de l'utérus obturé par une des masses végétantes de la face interne et par ces mêmes caillots fibrineux ne laissait passer aucun liquide.

Le col utérin avait conservé son apparence normale ou à peu près.

C'était bien là un hématomètre par rétention mais présentant des

caractères particuliers qui sont relatifs à la nature de la maladie présentée par la muqueuse et au mode d'obturation de l'orifice interne du col.

Mais, afin d'avoir une interprétation exacte de ce cas, il faut se reporter à ce que nous savons actuellement du sarcome de l'utérus.

Cette affection a été très peu étudiée en France et n'a, jusqu'à présent, été signalée que dans le traité des maladies des femmes de M. de Sinéty et dans quelques articles de journaux.

Je me permettrai donc d'insister un peu sur elle.

Elle a été d'abord signalée par Virchow, dans son article : *Sarcome,* du tome II, p. 14.

Il s'exprime ainsi :

« Les cas de sarcomes de l'utérus que j'ai observés n'étaient pas polypiformes, mais consistaient plutôt en infiltrations étendues de la muqueuse, au-dessous desquelles l'utérus s'était notablement hypertrophié vers le haut et avait donné lieu à des hémorrhagies profuses. L'orifice du col était libre. »

Cette localisation du sarcome à la muqueuse de l'utérus, nettement signalée par Virchow, se retrouve dans un grand nombre d'observations, et Gusserow, dans un article du Compendium de Pitha et Lücke (suite du Pitha et Billroth), sur les néoplasmes de l'utérus, le décrit sous le nom de *néoplasme diffus de la muqueuse.*

Simpson en parle également : *Contributions to Obstetric and Gynecologie.*

Ce sarcome diffus peut être uniforme, pour ainsi dire, occuper toute la muqueuse du corps, en l'épaississant d'une façon considérable, sans même atteindre la tunique musculaire, au moins pendant quelque temps.

C'est là une forme assez commune qui est figurée dans le livre de Gusserow.

Cette figure montre un utérus dont la muqueuse est uniformément hypertrophiée et au moins six fois plus épaisse que la musculaire.

Celle-ci semble n'avoir pas varié d'épaisseur et n'avoir pas été envahie. Cette hypertrophie uniforme de la muqueuse n'est cependant pas la règle, car, dans d'autres cas, la muqueuse est mamelonnée, formant des saillies plus ou moins volumineuses, pédiculées et très vasculaires. Ces végétations ont quelquefois l'apparence de véritables plaques saillantes.

Gusserow a montré également que le sarcome de la muqueuse pouvait se présenter quelquefois sous un autre aspect que n'avait pas rencontré Virchow, c'est-à-dire sous l'apparence de polypes. Le sarcome, ayant envahi primitivement la muqueuse en un seul

point, a végété librement dans la cavité de l'utérus et s'est développé sous forme d'une masse saillante et bientôt pédiculée.

Le polype sarcomateux, ainsi constitué, peut être constaté, soit quand il est encore dans le corps de l'utérus, après dilatation préalable du col, soit quand il vient faire saillie à l'orifice de ce dernier ou dans le vagin. Souvent, pris pour des polypes fibreux, plus ou moins altérés, ces polypes sarcomateux ont été souvent enlevés avec succès.

Mais la récidive qui survient quelque temps après montre qu'ils diffèrent des polypes fibreux ordinaires.

Ces trois états, sous lesquels se présente le sarcome de la muqueuse, devaient être réunis ensemble, car ils donnent des symptômes analogues et prêtent aux mêmes considérations au point de vue de l'intervention chirurgicale.

La plupart des auteurs qui ont étudié cette affection considèrent que cette localisation à la muqueuse, pendant toutes les premières périodes de la maladie et même pendant toute son évolution jusqu'à la mort, permet d'en faire une maladie à part.

J'écarte donc, dans cette étude, d'autres sarcomes qui envahissent les parois de l'utérus, en totalité ou en partie, et font saillie à l'extérieur.

Ce sont des tumeurs déjà différentes par leur aspect et par leurs symptômes. Quelques rares observations se rapportant à ces faits ont été publiées en France.

M. Nicaise (*Annales de Gynéc.*, 1881, t. I, p. 437) en rapporte un cas dans lequel il s'était produit l'inverse de ce qui se passe dans les sarcomes de la muqueuse. Chez sa malade, la paroi musculaire était seule envahie et la muqueuse était au contraire intacte.

Aussi, il n'y avait eu dans ce cas aucune perte ni hémorrhagie, en un mot, aucun des symptômes ordinaires du sarcome du corps, si ce n'est l'augmentation de volume de l'utérus.

Lorsque la muqueuse est envahie par le néoplasme, un des symptômes les plus importants est la perte, par le col utérin, d'un liquide qui sera sanguinolent et même de sang presque pur.

Ce symptôme existe dans toutes les variétés de cancers; il met seul, au début, sur la voie de la lésion.

En même temps se montrent les douleurs utérines qui ressemblent assez à celles que les femmes décrivent comme des crampes utérines. Enfin, plus tard, l'augmentation de volume de l'organe constitue un troisième symptôme important.

L'écoulement se produit d'assez bonne heure et est d'autant plus sanguinolent ou sanglant que la maladie est plus avancée. Souvent

le liquide contient des débris du sarcome qui a subi superficiellement la dégénérescence graisseuse.

Or, on comprend facilement que, dans certaines circonstances, l'orifice interne du col peut ne pas rester perméable comme l'a indiqué Virchow, mais qu'il peut être oblitéré par la présence des masses végétantes du sarcome. Dans ces conditions, la sérosité et le sang fournis par la surface de la tumeur vont s'accumuler dans la cavité utérine, l'agrandir d'une façon considérable et transformer ainsi l'utérus en un vaste kyste sanguin. On en a vu qui contenaient jusqu'à 15 et 17 litres de sang plus ou moins altéré et mélangé avec les débris du sarcome.

C'est ce qui s'est produit chez ma malade et c'est ainsi que se trouve expliquée la formation d'un hématomètre chez une femme ayant passé l'époque de ses règles. L'utérus n'était rempli par du sang que par le fait de l'altération de sa surface interne. Chez elle, l'orifice interne du col était seul oblitéré, et la lésion, limitée à la muqueuse du corps, avait laissé intacte la muqueuse intracervicale. Aussi le col n'avait subi, ni dans sa longueur, ni dans sa structure, aucune lésion, si ce n'est un peu d'hypertrophie musculaire.

C'est ce qui m'avait permis de faire un pédicule et de pratiquer la section dans le col, immédiatement au-dessus du vagin.

J'ai trouvé dans la *Clinique chirurgicale* de Péan, 1875-1876, nº 297 du tableau, un cas à peu près analogue au mien et qui est décrit sous le titre suivant : *Tumeur utéro-cystique ou dégénérescence embryo-plastique de la muqueuse utérine.*

En voici le résumé :

Femme de 53 ans. Une fausse couche, puis trois enfants. N'est plus réglée depuis trois ans. Début de la maladie : vingt ans. Depuis la ménopause, marche rapide, et, depuis huit mois, beaucoup plus rapide.

Une ponction pratiquée deux mois avant l'opération donna 15 litres de liquide. A la suite, l'épuisement fut considérable et fit différer l'opération, qui fut pratiquée le 20 mars 1877. Incision jusqu'à l'ombilic. Pas d'ascite. Pas d'adhérences.

Tumeur ayant la couleur des muscles lisses, parcourue par de gros vaisseaux, comme un utérus gravide. La ponction donne 4 litres de liquide hématique bien fluide.

La poche étant ouverte, on trouve un magma formé de liquide hématique et de masses fongueuses assez molles.

Un grand nombre de ces masses étaient adhérentes à la muqueuse hypertrophiée et mamelonnée.

On en retira en tout 15 litres. Ligature définitive portée très bas sur l'utérus au-dessus des ovaires. Ablation. La malade guérit.

M. Robin caractérise cette lésion de dégénérescence embryoplastique.

Une figure présente cet état de l'utérus. (*Traité des tumeurs de l'abdomen*, p. 11.)

Ici donc, il y avait lésion identique à celle que j'ai rencontrée sur ma malade : développement lent, absence de pertes sanguines et même résultat d'une ponction antécédente à l'opération qui avait donné du liquide noirâtre et sanguinolent.

La seule différence qui existait entre cette observation et la mienne est que le col était, chez la malade de M. Péan, oblitéré au niveau de l'orifice vaginal du col. Cette partie de l'utérus était donc complètement effacée et faisait partie de la tumeur, au lieu de conserver sa forme et son apparence comme dans mon observation.

La constitution des ces sarcomes de la muqueuse utérine est variable. Cependant on les trouve le plus souvent constitués par du tissu embryonnaire, c'est-à-dire par des cellules arrondies. Quelquefois aussi le tissu est plus dense et se rapproche davantage du tissu fibro-plastique.

Dans mon observation, le sarcome était surtout embryonnaire.

Ce sarcome est remarquable par la quantité de vaisseaux qui lui donnent un aspect fongueux avec une teinte foncée, noirâtre. Ces vaisseaux, en se rompant, donnent lieu à des petites hémorrhagies interstitielles et surtout à des hémorrhagies superficielles, source de métrorrhagies abondantes.

Au début de son développement, le sarcome est moins vasculaire, il a une apparence grisâtre, lardacée ; aussi le liquide qu'il produit est peu coloré et comparable à de l'eau de riz.

Cette tumeur n'est pas toujours pure et il y a quelquefois mélange de sarcome et de myxome et même de lymphadénome.

La tumeur, longtemps limitée à la muqueuse, peut aussi envahir les parois fibro-musculaires, mais cet envahissement semble être l'exception.

Les ganglions de l'abdomen sont pris, mais tardivement, ainsi que les autres organes.

Les principaux détails qui ressortent des observations publiées jusqu'à ce jour sur les sarcomes de la muqueuse utérine tendent, comme je l'ai déjà dit, à faire de cette maladie une affection spéciale, ainsi que le prouvent certaines particularités. La plupart des femmes atteintes de cette affection étaient stériles : 20 sur 73 observations (Gusserow), ce qui est le contraire pour les autres variétés de cancer, surtout l'épithélioma et le carcinome du col, qui semblent beaucoup plus fréquents chez les femmes ayant eu beaucoup d'enfants. Un second détail important, c'est la longue durée de la maladie chez la plupart des malades. Non que ce soit un phénomène absolu, mais on a vu beaucoup de malades résister à cette

maladie pendant quatre, six et même dix ans, d'après Hégar.

Pour ne citer que deux exemples, je rappellerai que le début remontait à huit années chez ma malade et, à une époque plus éloignée, chez la malade de M. Péan.

La cachexie qui survient dans le cours de ce sarcome est assez spéciale pour servir de signe de diagnostic.

En effet, elle n'est pas toujours en rapport avec les pertes de sang éprouvées par la malade comme cela se voit dans les fibromes intra-utérins ou dans une métrite hémorrhagique. Ici la cachexie est plus profonde et peut servir à établir un diagnostic différentiel.

D'après Rogiven (*Thèse de Zurich*, 1876), le pronostic de cette tumeur, tout en étant aussi fatal que celui des carcinomes et épithéliomas, serait beaucoup moins rapide et donnerait une survie considérable.

Les chirurgiens ne semblent pas désarmés en présence d'une semblable tumeur ; on peut la traiter de différentes manières.

L'ablation totale de l'utérus a été pratiquée par Freund, cinq fois; elle aurait donné deux succès. Dans ces cas, elle a été faite d'après le procédé de l'auteur, c'est-à-dire en enlevant la totalité de l'utérus par la voie abdominale.

Spiegelberg aurait également enlevé l'utérus, mais sans succès.

Enfin, dans un cas, l'utérus, encore peu volumineux, fut enlevé par la voie vaginale, par Sweifel.

On peut se contenter d'enlever l'utérus en pédiculisant au niveau du col ou de la partie moyenne du corps, ainsi que cela a été pratiqué dans mon observation et dans celle de Péan.

Cette opération partielle a donné également des succès, dans le cas où le sarcome avait occupé la paroi externe de l'utérus. Ainsi, dans le cas présenté par M. Terrier, à l'Académie de médecine, (séance du 15 mars 1881), l'observation est intitulée : *Hystérectomie pour une tumeur fibro-sarcomateuse et kystique de l'utérus; guérison.*

Mais ici, il s'agissait d'un pseudo-kyste sanguin, développé au centre d'un sarcome, développé lui-même aux dépens du fond de l'utérus, ce qui est différent des faits dont je m'occupe actuellement.

Dès le début de la maladie, il peut être possible de reconnaître la nature de l'affection, en dilatant le col de l'utérus et en explorant ainsi la cavité. L'examen microscopique de quelques parcelles enlevées du fond de l'utérus permettrait d'établir le diagnostic.

Dans ce cas, on pourra essayer d'une méthode, vantée par Gusserow, laquelle consiste à détruire les parties malades de la mu-

queuse au moyen de la curette et, au besoin, avec des caustiques énergiques ou le thermo-cautère de Paquelin.

Quant au bénéfice réel qu'on peut tirer de ces interventions, au point de vue de la survie des malades et du retard de la récidive, nous n'avons que des données assez vagues. Cependant, on a cité plusieurs cas dans lesquels il y a eu un réel bénéfice pour les malades opérées. Dans un cas de Winckel, la guérison avait déjà duré trois ans, sans récidive, après l'ablation (cité par de Sinéty).

En résumé, le sarcome de la muqueuse utérine est une maladie à évolution lente, marquée par l'hypertrophie de l'utérus et des pertes plus ou moins hémorrhagiques.

Cette affection peut, en oblitérant le col, transformer la cavité utérine en une vaste poche contenant plusieurs litres de liquide hématique (Hématomètre).

La maladie ainsi modifiée est difficile à diagnostiquer et n'est caractérisée que par l'augmentation considérable de l'utérus transformé en une tumeur fluctuante, par l'oblitération du col et par une cachexie spéciale très prononcée.

Cette tumeur peut être enlevée par la voie abdominale, en totalité (hystérectomie totale), ou en partie (hystérectomie sus-vaginale).

Discussion.

M. Tillaux. Les faits de sarcome de la muqueuse utérine sont très rares. J'en ai observé un seul cas chez une femme de mon service ; c'était la forme polypeuse. L'utérus était très augmenté de volume et détermina des phénomènes d'étranglement intestinal, qui amenèrent la malade à l'hôpital. Elle revint, au bout de quelque temps, avec des métrorrhagies. J'enlevai par le raclage les saillies polypeuses et je badigeonnai les surfaces avec un pinceau chargé d'une solution phéniquée. Le résultat immédiat fut très bon, mais les végétations se reproduisirent. La malade revint et subit la même opération avec un succès temporaire. Ce ne fut qu'à la quatrième ablation que je fis examiner les productions végétantes par Ranvier, qui y reconnut du sarcome pur.

C'est alors que j'eus recours à la laparotomie pour faire l'ablation de l'utérus. Mais je dus me borner à une simple incision exploratrice. L'ablation ne put être pratiquée en raison des adhérences très nombreuses de l'utérus, qui avait le volume d'une tête d'enfant.

M. Gillette. J'ai opéré trois femmes qui peuvent, jusqu'à un certain point, être rapprochées de celle de M. Terrillon. Chez toutes il s'agissait de tumeurs ou plutôt de masses demi-mollasses res-

semblant par la consistance à des morceaux de placenta, et qui remplissaient la cavité du corps de l'utérus : toutes ces masses assez adhérentes à la muqueuse intra-utérine étaient les unes sessiles, les autres pédiculées et flottantes : elles ne saignaient pas ou très peu, et donnaient une odeur de putréfaction des plus prononcées.

Sur la première malade opérée rue Oberkampf, la masse intra-utérine était si volumineuse que l'utérus faisait une saillie considérable au-dessus du pubis : j'introduisis à plusieurs reprises ma main entière dans la matrice, et je parvins, en grattant la muqueuse et la raclant, soit avec mes ongles, soit avec une grande curette, à débarrasser cette femme des 3/4 de cette masse ; je ne pus réussir en bas ; on fit tous les jours des lavages antiseptiques, et, au bout de quelque temps, le reste du produit morbide se détacha de lui-même, et la malade, qui résorbait depuis longtemps des produits éminemment toxiques et qui était cachectisée, guérit absolument.

La seconde femme que j'ai opérée, sœur d'une ancienne artiste lyrique bien connue, portait la même ou les mêmes tumeurs, complètement identiques, depuis plus longtemps, et une portion du néoplasme était engagée dans le col ; je réussis à la débarrasser de son produit morbide, infect comme odeur, à l'aide de la main et du curage ou raclage de la cavité du col et du corps utérin. Épuisée depuis longtemps et offrant une cachexie complète, elle succomba au bout de trois semaines, après avoir vu sa santé s'améliorer, grâce aux lavages antiseptiques ; de l'œdème survint aux membres inférieurs, et une pneumatose intestinale rebelle amena la mort.

Chez la troisième malade, opérée à l'hôpital Tenon, les masses morbides ressemblaient complètement à celles de la première malade : elle fut débarrassée de la même manière, soumise aux mêmes nettoyages et injections antiseptiques, et guérit après avoir présenté une faible poussée de péritonite.

Dans ces trois cas, l'histologie a démontré qu'on avait affaire à du *sarcome*.

La guérison s'est maintenue chez la malade opérée rue Oberkampf depuis trois ans et demi, sans qu'il y ait trace ou menace de récidive. Il y a deux ans que la femme de l'hôpital Tenon a été opérée, je l'ai revue deux fois à six mois d'intervalle et il en était de même que pour la précédente.

M. Poncet. Je pense qu'il faut conserver quelques doutes sur la nature réelle de ces tumeurs. En effet, quelques-unes récidivent, d'autres restent guéries. De plus elles se limitent à la muqueuse, et n'envahissent pas la tunique musculaire. Enfin, dans ces examens, nulle part on ne voit signalée la variété de sarcome à myélo-

plaxes, qui caractériserait réellement une tumeur maligne. Les examens me semblent donc devoir être répétés pour bien établir la nature exacte de ces tumeurs, qui paraissent être d'origine et de nature variées.

M. Terrillon. Le cas dont nous a parlé M. Tillaux est intéressant parce qu'il ne semble pas s'être souvent présenté à l'observation des chirurgiens français. Mais les chirurgiens allemands ont vu une soixantaine de cas analogues. L'ablation de l'utérus est indiquée, dans ces conditions. Freund l'a pratiquée cinq fois. M. Terrier l'a faite une fois. Une malade de Winckel est restée trois ans sans voir la récidive survenir après l'ablation.

Je ferai remarquer à M. Poncet que dans tous les cas l'examen histologique a trouvé les caractères du sarcome, et à l'autopsie de la malade dont je donne l'observation les ganglions étaient envahis et devenus sarcomateux.

Communication.

M. Th. Anger communique l'observation de la malade dont il a été question dans la dernière séance, lors de la présentation, par M. Terrillon, du kyste de l'ovaire dans lequel des injections de chlorure de zinc avaient été antérieurement pratiquées.

Kyste de l'ovaire. — Injections de chlorure de zinc, par M. Théophile Anger.

Julie Fiévet, 44 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Tenon le 23 avril 1879. C'est une femme chétive, ayant eu une enfance maladive. Réglée à 15 ans, mais assez irrégulièrement jusqu'à son mariage, à 25 ans. En 1862, grossesse ; accouchement laborieux. Relevée trop tôt (au bout de trois jours) elle fut prise d'accidents inflammatoires vers le petit bassin, accidents qui s'aggravaient à chaque époque menstruelle. C'est en 1863 qu'elle remarqua une augmentation progressive du ventre. De temps en temps survenaient pendant quelques jours des douleurs aigües qui disparaissaient pour plusieurs semaines.

Le 25 décembre 1871, ponction faite à l'hôpital Beaujon.

Les années suivantes, l'abdomen continue à grossir : la malade avait parfois de l'œdème des jambes, des accès de dyspnée, de l'incontinence d'urine ou de la dysurie, presque constamment des troubles gastriques et de la constipation.

Pendant ces huit dernières années, elle resta réglée régulièrement et même plus abondamment que d'habitude. En février 1879, elle a eu trois pertes de sang très abondantes ; mais depuis, les règles n'ont

pas paru. Enfin, depuis quinze jours, l'augmentation de volume du ventre aurait fait des progrès très rapides.

C'est en proie à une dyspnée intense qu'elle entre à l'hôpital (40 respirations, 100 pulsations). Elle urine fréquemment, se plaint de douleurs d'estomac, de nausées, d'élancements s'irradiant aux cuisses et aux lombes.

Abdomen volumineux, assez souple, mat à la percussion, excepté à l'épigastre. Sensation de flot très manifeste sur toute la surface de la tumeur.

Circonférence passant par l'ombilic...........	0^m,96
De l'appendice xyphoïde à l'ombilic...........	0 19
Du pubis à l'ombilic.........................	0 24,5

On peut porter le kyste à droite et à gauche sans douleur, ce qui permet de supposer l'absence d'adhérences.

La malade peut se coucher sur le côté gauche sans souffrir ; mais lorsqu'elle s'incline sur le côté droit, elle éprouve des tiraillements vers la région splénique.

Le kyste ne peut être atteint par le toucher vaginal ; mais on constate que le cul-de-sac vaginal gauche est moins profond que le droit, que l'utérus est mobile et les mouvements imprimés non douloureux.

La région lombaire gauche offre à la percussion un son intestinal ; mais à droite, matité absolue. On soupçonne donc un kyste de l'ovaire droit avec adhérence probable à la rate, kyste uniloculaire probable.

Le 1er mai, injection dans la tumeur avec une longue aiguille double *de Pravaz, de 10 gouttes de la solution suivante :*

Eau.................................	12 grammes.
Chlorure de zinc.......................	30 —

A peine quelques douleurs sont-elles accusées par la malade les jours suivants.

Le 8 mai. La circonférence de la tumeur égale 94 centimètres et demi. Nouvelle injection de 10 gouttes de la même solution.

Le 14 mai. La mensuration de l'abdomen donne 96 centimètres.

Le 20 mai. Injection de 15 gouttes de la même solution.

Le 13 juin. L'abdomen mesuré n'a pas changé notablement de volume. Ce jour-là, la malade est prise d'une angine pultacée, avec fièvre, dyspnée. L'angine était le début d'un érysipèle de la face, érysipèle violent qui compromit pendant quelques jours l'existence de la malade.

Le 8 juillet. Convalescence.

Le 31 juillet. La mensuration de l'abdomen donne 91 centimètres. Ce même jour, injection d'une seringue entière de Pravaz de la même solution.

Cette fois, l'injection est suivie de phénomènes de réaction inflammatoire très vive. Le ventre est tendu, ballonné, douloureux au toucher. Il y a de la dyspnée, de la fièvre.

En présence de cette réaction, je crus prudent de retirer par une ponction aspiratrice un demi-litre de liquide.

Le 5 août, la malade est prise de vomissements incoercibles. La face est grippée, terreuse, abattement, somnolence. Pas d'élévation thermique. Il se fait dans l'état de l'abdomen des modifications remarquables : le ventre est flasque et tombe comme une outre à moitié remplie, quand la malade s'incline à droite ou à gauche. La pression est un peu douloureuse. La sonorité, qui n'occupait absolument que l'épigastre, est revenue dans toute la région sus-ombilicale, les hypochondres et les flancs. On sent par la palpation le kyste rétracté dans la moitié inférieure de la cavité abdominale. En même temps, la malade est prise d'une diarrhée abondante, séreuse.

La circonférence de l'abdomen, qui était de 96 centimètres, tombe à 85. Le 9 août, elle n'est plus que de 82 centimètres.

Le 15, la malade se lève. Pas d'albumine dans l'urine.

L'appétit revient, les forces augmentent peu à peu. La malade sort le 29 août. Le kyste rétracté n'atteint plus que le milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis. Le ventre est complètement indolent.

Ainsi, dans l'espace d'un mois, le ventre a diminué de 15 centimètres ; j'ai revu la malade deux mois après. On ne trouvait plus dans le petit bassin qu'une tumeur du volume du poing. La malade avait recouvré son embonpoint et ses forces.

Depuis 1879, la malade a été ponctionnée plusieurs fois à la Salpêtrière, d'abord par M. Terrier, puis par M. Terrillon, qui est venu vous soumettre le résultat de l'autopsie. M. Terrillon a été frappé de la flaccidité des parois du kyste, et l'examen de ces parois lui a montré les cellules épithéliales atrophiées, ayant subi la dégénérescence graisseuse. En tout cas, la poche kystique a été profondément modifiée, au point que le kyste a cessé de s'accroître. La malade a succombé non au développement progressif de son kyste, mais à un abcès du foie.

Ce fait ne prouve pas, comme tend à l'insinuer M. Terrillon, l'inutilité des injections de chlorure de zinc. Cette femme a survécu sept ans à l'injection, et ce n'est pas à proprement parler de son kyste qu'elle est morte, c'est d'un abcès du foie. Cet insuccès relatif n'est pas fait pour me faire renoncer aux injections de chlorure de zinc. Je crois ces injections applicables aux kystes uniloculaires, para-ovariques, et j'avoue que si demain j'avais à traiter un de ces kystes, c'est encore aux injections de chlorure de zinc que j'aurais recours.

Discussion.

M. Terrillon. Sur plusieurs points, je diffère d'opinion avec

M. Th. Anger. La malade en question, pendant tout le temps qu'elle a passé à la Salpêtrière, souffrait considérablement, par suite des adhérences qui s'étaient produites.

Ces adhérences ne s'étaient pas établies avec la tumeur, mais le grand épiploon était adhérent en un grand nombre de points à la paroi.

L'intestin grêle adhérait à la face inférieure du foie, et cette adhérence a été le point de départ des accidents qui ont entraîné la mort.

M. Th. Anger. Il n'en est pas moins vrai que cette femme a vécu six ans après l'injection que je lui ai pratiquée, malgré les conditions déplorables que relate mon observation.

M. Terrier. Ayant eu pendant un certain temps cette malade dans mon service, je dois dire que j'ai été empêché de l'opérer par l'existence de ces adhérences que les injections avaient provoquées et des douleurs vives dont elles étaient la cause. Je crois donc que ces injections sont mauvaises. Aujourd'hui l'ovariotomie est bien préférable.

M. Gillette. Dans la plupart des cas, je pense aussi que ces injections sont mauvaises. Néanmoins, elles peuvent rendre des services lorsque après une ovariotomie on a été obligé de laisser dans l'abdomen une partie d'un kyste multiloculaire. Je me suis trouvé dans ce cas, il y a trois mois, et je me suis servi avec avantage du chlorure de zinc pour agir sur les portions du kyste que je n'ai pu enlever.

M. Terrier. Il n'y a pas de parité à établir entre les cas auxquels fait allusion M. Gillette et celui de M. Anger. M. Gillette a fait, en somme, une ovariotomie incomplète, et, par l'ouverture qu'il a réservée, il a fait des injections de chlorure de zinc destinées à détruire ce qui restait du kyste. En cela, il a bien agi. Mais je crois pouvoir affirmer qu'il n'obtiendra pas, par ce moyen, la guérison complète. Jusqu'ici, dans toutes les opérations semblables que j'ai pratiquées, il est resté une fistule et je n'ai pas eu une véritable guérison.

Cette persistance du trajet fistuleux s'explique aujourd'hui que nous savons par les recherches histologiques récentes que ces kystes de l'ovaire sont des épithéliomas. Sans doute nous ne voyons pas la récidive se produire lorsque nous enlevons complètement la poche, mais elle se produit lorsque l'ablation ne peut être complète. C'est ainsi que dans un cas, où je ne pouvais enlever le kyste, j'ai placé deux ligatures atrophiantes sur les pédicules.

Elles ont empêché la récidive du côté de la poche, mais elle s'est produite sur le fond de l'utérus.

On peut s'attendre à une généralisation toutes les fois qu'on laisse dans l'abdomen des portions du kyste.

C'est seulement dans le cas où il s'agirait d'un kyste dermoïde que la guérison pourrait être obtenue.

M. Gillette. J'espère pourtant que ma malade guérira, car la portion non enlevée du kyste a diminué des trois quarts de son volume depuis l'opération. Depuis six semaines, la fistule est maintenue ouverte, dans le but d'en obtenir la cicatrisation définitive.

M. Terrier. Je ne puis que répéter que, dans ces conditions, il n'y a pas, à ma connaissance, d'exemple de guérison définitive.

Rapport.

M. Berger présente un rapport sur un travail de M. Quénu, intitulé :

Étranglement interne ; laparotomie ; guérison.

L'observation que vous a communiquée M. le Dr Quénu est un exemple d'étranglement survenu dans une hernie interne, à sac intra-abdominal, traité avec succès par l'ouverture du ventre et la recherche du siège et de l'agent de l'étranglement. Voici le résumé sommaire de ce cas :

Une femme de 52 ans, atteinte depuis longtemps d'une hernie crurale réductible,est prise subitement de phénomènes d'étranglement interne, sans modifications appréciables du côté de la hernie. Le cinquième jour à partir du début, M. Quénu pratique l'ouverture du ventre par incision de la ligne blanche, il introduit sa main pour aller à la recherche de l'obstacle et constate d'abord que le trajet herniaire est libre ; mais un peu au-dessous et en dehors de l'orifice crural, il sent l'intestin engagé dans un orifice qui l'étreint, et l'anse ainsi étranglée formant une masse arrondie recouverte par le péritoine. Il dégage par une traction très douce l'anse intestinale, s'assure qu'elle n'est pas compromise dans sa vitalité ; introduisant alors son doigt dans l'orifice en question, il constate que cet orifice aboutit à un petit sac sous-péritonéal mobile, situé dans le tissu cellulaire sous-séreux, absolument indépendant des plans aponévrotiques de la région et des anneaux. M. Quénu débride sur son doigt l'orifice de ce petit sac, pour éviter la répétition d'accidents analogues, puis il referme le ventre.

L'opérée guérit non sans avoir été mise en danger par des accidents graves de congestion pulmonaire qui se déclarèrent peu après l'opération.

En enregistrant ce nouveau succès de la laparotomie dans le cours de l'étranglement interne, je veux d'abord insister sur le choix de l'opération à laquelle l'auteur a eu recours en pareil cas : il s'agissait d'une femme de 52 ans, âge auquel l'obstacle au cours des matières, dans l'occlusion, est bien plus souvent dû à une affection organique de l'intestin qu'à toute autre cause. Néanmoins en se fondant sur l'absence de troubles et d'indices pathologiques antérieurs du côté du tube digestif, sur la soudaineté du début des accidents, sur l'absence bien constatée de tumeur qui put être constatée soit par le toucher rectal soit par le palper, M. Quénu a agi comme s'il s'agissait d'un étranglement interne véritable, et l'événement lui a donné raison. Ce n'est pas que dans certains cas une occlusion causée par un cancer de l'intestin ne puisse revêtir tous les caractères et la marche d'un étranglement véritable ; mais ces cas exceptionnels ne doivent pas détourner d'avoir recours à la laparotomie, seule méthode vraiment curative, lorsque l'examen des symptômes fait pencher la balance en faveur d'un étranglement par un agent que l'on peut rechercher et détruire, et cela quel que soit l'âge du malade.

M. Quénu a encore agi en se conformant aux meilleures indications, quand il a recherché l'obstacle au cours des matières, au voisinage de l'orifice herniaire : lors même qu'une hernie est et demeure réductible, on peut lui rattacher souvent la cause d'un étranglement interne surajouté, et auquel les modifications anatomiques qui s'opèrent au voisinage de son orifice interne peuvent donner lieu : je mentionne seulement les adhérences intestinales épiploïques, les brides et les cordons fibreux, les sacs déshabités ou les diverticules péritonéaux qu'on y observe et qui peuvent devenir l'occasion de diverses variétés d'étranglement.

L'indication fournie, lorsqu'on est en présence d'une occlusion intestinale, par la coexistence d'une hernie réductible, n'est néanmoins pas assez formelle pour que, dans l'ouverture du ventre, l'on déserte l'incision médiane, qui convient à la recherche de tous les étranglements, pour recourir à une incision latérale comme dans une kélotomie modifiée. Celle-ci doit être uniquement réservée pour les cas où un *signe local* bien certain, tel que l'existence d'une tumeur, d'une douleur très vive au niveau du pédicule de la hernie réductible ou à ses environs, ou le commémoratif d'une réduction faite avec violence, ou d'accidents antérieurs et répétés dont la hernie aurait été le siège, ne laisse aucune espèce de doute

sur la connexion qui unit les accidents actuels d'étranglement à l'existence de la hernie.

Quelle était l'origine du sac interne où dans le cas présent était venu s'étrangler l'intestin ? M. Quénu penche à en attribuer la formation à une réduction en masse antérieure, plutôt qu'à l'existence d'un de ces diverticules péritonéaux signalés aux environs des orifices herniaires par Rokitansky, Parise, plus récemment invoqués par Krönlein comme étant le point de départ des hernies pro-péritonéales. Je ne vois, pour ma part, dans ce fait qui est, heureusement pour l'opérée, un fait d'observation clinique et nullement un fait anatomique, aucune raison pour adopter une de ces origines à l'exclusion de l'autre : en tout cas je ferais remarquer que ce ne serait pas une réduction en masse qu'il faudrait invoquer, puisque à aucun moment il n'y a eu de difficulté de réduction et que la réduction en masse est toujours une réduction avec violence, mais plutôt une réduction du sac à la suite de son contenu, manœuvre que pratiquent inconsciemment certains malades au moment où ils veulent faire rentrer leur hernie d'une manière bien complète. Mais une autre hypothèse se présente que je ne fais qu'indiquer : ne s'agirait-il pas d'un petit sac inguinal déshabité, rentré dans le ventre, où se serait produit l'étranglement? Le siège de l'orifice herniaire, en haut et en dehors de l'orifice crural, la coexistence bien plus fréquente qu'on ne le pense de la hernie inguinale et de la hernie crurale, fréquence que m'ont fait connaître plusieurs années d'observation à la consultation des bandages de l'Assistance publique, me porteraient à le croire, mais bien entendu, à l'occasion d'un fait que je n'ai point étudié par moi-même, je ne puis que donner une hypothèse.

Il me faut faire néanmoins quelques réserves sur la façon dont M. Quénu a traité le sac intérieur après en avoir dégagé l'intestin : puisque ce sac était mobile, qu'il a pu être attiré presque tout près de l'incision abdominale elle-même, je crois qu'il eût été plus sûr soit de l'exciser, ce qui pouvait peut-être se faire en attirant le fond au travers de l'orifice comme un doigt de gant que l'on retourne, en le liant près de son pédicule et en le sectionnant au delà de cette ligature, soit d'en fermer l'orifice par une suture en bourse ou une suture à points passés au catgut. Cette manière de faire eut mis l'opéré à l'abri d'un étranglement nouveau d'une façon bien plus certaine que le débridement qu'a pratiqué M. Quénu par une incision qui a dû presque aussitôt se cicatriser et laisser les choses en l'état où elles étaient auparavant. En indiquant ce desideratum, je dis ce que j'eusse préféré faire ; mais il n'est pas certain que le complément d'opération que je signale à l'attention de ceux qui se trouveraient dans les mêmes conditions que l'auteur de

l'observation eût été praticable ; en tout cas il ne faudrait pas voir dans cette légère réserve la critique d'une opération qui a été aussi habilement exécutée que sagement conçue.

Je signale, en passant, les complications pulmonaires qui ont menacé l'existence de la malade, même après l'heureuse issue de l'opération ; vous vous souvenez que c'est à M. Verneuil qu'il revient d'en avoir signalé la fréquence. Il est peu de chirurgiens qui depuis lors n'en aient observé des exemples analogues à ceux que j'ai eu l'occasion de vous rapporter moi-même dans un travail qui date déjà de plusieurs années.

Enfin j'arrête un instant votre attention sur l'essai que M. Quénu a fait des lavages de l'estomac avant de recourir à l'opération. Il n'a employé ce moyen que comme un simple palliatif en attendant le moment opportun pour pratiquer l'opération. Le lavage, fait avec de l'eau de Vichy, procura à la malade l'avantage d'une nuit calme ; mais ce bien-être ne fut que momentané et les vomissements fécaloïdes reparurent vers le matin.

Vous savez les espérances que l'on avait fondées sur le lavage de l'estomac pour la cure de l'étranglement interne. Cette pratique, surtout préconisée par Küssmaul et par Senator, ne paraît pas avoir justifié l'enthousiasme avec lequel elle avait été accueillie.

A la société de médecine de Berlin même, l'année dernière, un certain nombre de médecins s'en sont montrés les adversaires déclarés. Suivant Bardeleben, Hahn, Küster, on pourrait lui adresser surtout le grave reproche de retarder l'époque à laquelle on a recours à la laparotomie, qui devrait toujours être exécutée le plus rapidement possible. M. V. Bergmann l'accuse même d'avoir dans deux cas produit la mort, les malades ayant succombé à des pneumonies septiques provoquées par l'introduction dans les voies aériennes, pendant les lavages, de corps étrangers venus des voies digestives.

Il nous semble que cette méthode ne doit être employée comme moyen de traitement véritable que dans les cas obscurs où une intervention chirurgicale n'est pas autorisée ; tel a été également l'avis de Henoch et de J. Wolff dans la discussion en question.

Mais on pourrait dans certains cas l'admettre comme simple adjuvant, et, considérant que les vomissements incessants qui se produisent soit dans l'étranglement interne, soit même dans l'étranglement herniaire, rendent l'anesthésie parfois dangereuse et l'intervention chirurgicale plus difficile, il nous semblerait rationnel de mettre à profit, pour opérer, l'accalmie momentanée que produisent l'évacuation et le lavage de l'estomac. Envisagée de cette manière et sous la réserve expresse que son emploi ne retarde en rien

l'acte chirurgical auquel on se propose de procéder sans retard, la pratique des lavages de l'estomac mériterait peut-être d'être conservée ; c'est tout au moins une question que je soumets à vos réflexions.

Je vous propose d'insérer dans nos Bulletins l'observation commiquée par M. le Dr Quénu.

Mme G... (E.), âgée de 52 ans, est entrée le 22 octobre à l'hôpital Beaujon avec des signes d'occlusion intestinale. Le début des accidents remonte au dimanche 18. Ce jour-là cette femme rentra facilement et sans aucun effort une hernie crurale qu'elle porte depuis une quinzaine d'années et appliqua son bandage comme d'habitude. Dans la soirée elle fut prise de malaise et tourmentée par un hoquet incessant. Elle ressentait dans le bas-ventre comme une pesanteur plutôt qu'une véritable souffrance. Dans la nuit les vomissements la prirent et dès le lendemain elle fit appeler son médecin, M. le Dr Des Tureaux, de Suresnes. Depuis vingt-quatre heures elle n'avait rendu par l'anus ni matières ni gaz ; les vomissements étaient purement alimentaires.

M. Des Tureaux put constater aisément que la hernie crurale n'était pas en cause ; elle sortait et rentrait librement dans son trajet et la pression ne déterminait à son niveau aucune sensibilité. Le ventre était souple, l'état général bon. L'administration de 30 grammes d'huile de ricin n'amena aucune amélioration, les vomissements et le hoquet persistèrent.

Le mardi 20, on obtint, au moyen d'un lavement à l'eau froide, l'expulsion de gaz et de quelques matières dures.

Le 22, les signes d'occlusion persistant, la malade fut transportée de Suresnes à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Cruveilhier, que je suppléais.

J'examinai la malade à la fin de la visite, quelques instants après son entrée dans la salle. Le voyage l'avait un peu fatiguée, mais en somme son état général paraissait bon, le facies n'était pas altéré, le ventre était souple, dépressible, très facile à explorer.

Nous constatons d'abord que le trajet herniaire est libre ; l'anneau crural est large, la hernie sort par la toux et rentre sans difficulté. L'exploration des régions où se montrent les hernies insolites ne fait rien découvrir d'anormal. Nous explorons d'une façon minutieuse, j'insiste sur ce point, et à la fosse iliaque et le pli de l'aine il ne nous est possible ni de découvrir par une palpation profonde la moindre petite tuméfaction, ni de provoquer spécialement dans un point une douleur par la pression. Le toucher vaginal et rectal ne fournit aucune donnée diagnostique. Bien que la malade n'ait rendu ni gaz ni matières depuis quatre jours, en face de renseignements peu précis et d'un ventre aussi souple, nous hésitons à ouvrir le ventre séance tenante et nous ordonnons des injections sous-cutanées de morphine et d'atropine.

Je revois la malade à 6 heures, le hoquet a reparu ainsi que les vomissements. Ceux-ci sont très nettement fécaloïdes, la température

axillaire est de 37°,5 et la température rectale de 38°. Le ventre offre un très léger degré de météorisme. L'opération est décidée pour le lendemain matin ; je conseille, en attendant, de faire un lavage de l'estomac avec de l'eau de Vichy et de continuer les injections de morphine.

La nuit est calme, mais les vomissements fécaloïdes reparaissent à 5 heures du matin.

Le 23, à 10 heures, l'état général s'est modifié : la malade est fatiguée par son hoquet et tousse un peu ; la langue est sèche. Le ventre est un peu plus ballonné qu'hier soir. L'auscultation des poumons ne décèle que quelques râles secs disséminés ; pas de bruit morbide au cœur, les urines ne sont pas albumineuses.

L'existence d'une occlusion intestinale n'est pas douteuse. Nous croyons, vu la soudaineté du début, qu'il s'agit peut-être d'un étranglement interne. Malgré l'absence absolue de signes du côté de la région herniaire, nous décidons de plonger la main, dès l'ouverture du ventre, vers l'anneau crural et d'en explorer les alentours ainsi que les régions obturatrices. Si nos recherches sont infructueuses, nous suivrons les recommandations de Parise et de Duplay en allant droit au cæum et en nous guidant sur son état de réplétion ou d'affaissement.

La malade, placée dans une petite chambre d'isolement, est couchée sur le lit d'opération qui sert aux ovariotomies, les membres inférieurs sont enveloppés d'ouate. Après avoir évacué l'urine et fait dans le vagin une injection antiseptique, nous pratiquons une incision de 12 centimètres sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic. Le péritoine incisé, je plonge la main vers l'anneau crural qui est libre et fais pénétrer le doigt dans le trajet herniaire jusqu'à la peau. Mais en dehors et un peu au-dessus de cet anneau je sens une petite masse arrondie, grosse comme un œuf de pigeon environ. Je reconnais qu'une anse d'intestin s'y engage, et je parviens, au moyen de légères tractions sur cette anse, à la dégager. Je puis alors faire pénétrer le doigt dans un petit sac mobile et muni d'un collet resserré; l'anse d'intestin grêle étranglée est attirée au dehors et lavée à l'eau phéniquée tiède au 1/50 ; elle est marquée d'un sillon assez profond, mais ne semble pas très altérée, même dans le point où a porté le resserrement. Voulant me rendre un compte exact de la cause de l'étranglement, je recherchai à nouveau le petit diverticule péritonéal et je constatai une deuxième fois sa mobilité et son indépendance des plans fibreux de la paroi abdominale. C'est ainsi que je réussis à y introduire le bout de l'index, à amener l'ouverture du sac à l'extérieur et à le montrer aux assistants. Je débridai sur l'ongle le collet du sac afin d'éviter un nouvel étranglement et le remis en place après une toilette minutieuse du péritoine ; le ventre fut fermé au moyen de 5 sutures profondes et de 7 sutures superficielles. L'opération a duré moins d'une demi-heure.

Pansement à l'ouate de bois et à la gaze iodoformée.

La malade a été tenue sous le chloroforme non sans difficultés; sa

respiration était haletante, des mucosités semblaient à chaque instant obstruer les bronches et la menacer d'asphyxie.

Nous ordonnons de la glace et du champagne à l'intérieur et une injection de morphine d'un demi centigramme toutes les trois heures.

Les règles apparaissent la nuit en dehors de l'époque.

Le 24, la malade ne présente aucun symptôme abdominal. T. 37°,7, 96 pulsations; elle a rendu quelques gaz.

On pratique le cathétérisme de la vessie plusieurs fois par jour.

Depuis l'opération, son oppression a fait des progrès; la malade est anhélante, obligée de se tenir à demi assise, les lèvres violacées et les extrémités froides; à l'auscultation de la poitrine, on entend des râles secs.

On fait respirer 6 ballons d'oxygène en 24 heures, et on applique à plusieurs reprises le plus de ventouses possible.

Le 25, les phénomènes dyspnéiques persistent. Hier, dans la soirée, plusieurs accès de suffocation.

Le 26, je prie M. le Dr Guyot de vouloir bien nous aider de ses conseils; le ventre est indolent, non ballonné, les seuls symptômes sont les symptômes dyspnéiques.

M. Guyot constate que les battements du cœur sont normaux. La percussion du poumon dénote une exagération de la sonorité. On entend des deux côtés des râles vibrants et sibilants. En outre, on observe une sorte de tirage sus-sternal à chaque inspiration, comme si un obstacle à l'entrée de l'air siégeait sur le trajet des bronches ou de la trachée. Toutefois rien dans l'examen de la malade n'autorise à accepter l'hypothèse d'une adénopathie bronchique ou d'une dilatation de l'aorte.

M. Guyot se rattache à l'idée d'une congestion pulmonaire intense chez une emphysémateuse. Nous apprenons, en effet, en interrogeant dans ce sens, que depuis longtemps déjà la malade est courte d'haleine, qu'elle tousse et crache le matin.

Aucun signe de tuberculose. Sur les conseils de M. Guyot, on fera prendre à la malade une potion avec du sirop de polygala et 4 grammes de bromure de potassium, et en plus 2 pilules de 1 centigramme d'extrait de belladone.

Les ventouses sèches et les ballons d'oxygène sont continués.

On alimente avec du bouillon, du lait, du vin blanc et du café.

Le 29, M. Guyot a bien voulu revoir l'opérée; vésicatoire au-devant de la poitrine.

Le 30, un lavement à la glycérine amène une selle abondante.

La température, qui, du 26 au 29, s'était maintenue entre 38°,6 et 38°,2, redescend définitivement à la normale. Les phénomènes dyspnéiques sont encore très accentués.

On renouvelle le pansement, la réunion est parfaite, le ventre est plat.

Respiration..............................	24
Pouls....................................	80
Température..............................	37°,6.

Iodure de potassium, 1 gramme.

Le 2 novembre, on enlève les points de suture et on les remplace par des bandelettes collodionnées.

Le 5, la dyspnée est moindre. La malade est descendue dans la salle commune. Les jours suivants, la malade commence à manger des aliments solides.

Le 12, elle se lève à côté de son lit, elle a conservé une gêne respiratoire plus marquée qu'avant l'opération ; de temps en temps on est obligé de lui faire appliquer quelques ventouses sèches.

Le 20, la malade n'attend plus que sa ceinture abdominale pour retourner à Suresnes.

Discussion.

M. Le Dentu. Dans trois cas pour lesquels j'ai fait le lavage de l'estomac, le résultat a été nul. Le meilleur moyen à opposer à l'étranglement interne est donc encore l'opération. Je me méfie, d'une manière générale, de tous les procédés qui procurent un calme momentané ; ils ne servent qu'à différer le moment de l'intervention opératoire.

Peut-être, cependant, le lavage de l'estomac pourrait-il être utile en débarrassant l'estomac des matières fécaloïdes, lorsqu'on doit opérer; mais chez un malade qui vomit beaucoup, l'introduction du tube de caoutchouc n'est pas exempte de difficultés.

M. Nicaise. Il faut faire une distinction entre le lavage proprement dit et la simple évacuation. Küssmaul a publié des faits d'étranglement interne qui ont été améliorés et même guéris par le lavage. Par le passage d'une grande quantité de liquide, on excite la contractilité de l'estomac et sans doute aussi de l'intestin.

La simple évacuation du contenu de l'estomac présente des avantages lorsqu'on administre le chloroforme, en empêchant ou modérant les vomissements si gênants de l'anesthésie.

J'ai vu un malade qui avait une dilatation énorme de l'estomac. par suite d'un rétrécissement incomplet du duodénum. La grande courbure de l'estomac descendait jusque dans la fosse iliaque droite. A la suite d'excès, il se produisit des phénomènes d'étranglement. L'emploi du tube de caoutchouc permit de retirer trois litres de liquide et amena une amélioration.

Néanmoins le malade finit par succomber.

Peut-être, dans les cas cités par Küssmaul, existait-il une disposition analogue.

M. Polaillon. Il y a cinq ans, j'ai été appelé par MM. Constantin Paul et Blachez auprès d'une femme atteinte de hernie ombilicale étranglée. L'état général était si mauvais que je ne crus pas devoir l'opérer. Mais M. Constantin Paul eut l'idée d'introduire le tube

de Faucher deux fois par jour, pour vider l'estomac. Il y eut un soulagement manifeste et même une diminution du volume de la hernie et la vie de la malade fut prolongée d'une dizaine de jours.

M. Terrier. Il ne faut pas faire de confusion entre l'*étranglement* et l'*obstruction intestinale*. Si le diagnostic *étranglement*, soit interne, soit externe, a pu être posé, il n'y a pas à hésiter; il faut pratiquer l'opération. Mais en présence des obstructions intestinales de cause tout à fait indéterminée, on peut essayer le lavage de l'estomac. Il peut réussir, comme réussit, dans ces cas, l'emploi des courants continus ou intermittents.

Chez la malade de M. Polaillon qui avait une hernie ombilicale étranglée, il eût mieux valu, malgré le mauvais état général, pratiquer l'opération. J'ai vu avec le Dr Rigal une dame qui présentait des signes d'obstruction intestinale, sans qu'il nous ait été possible d'en reconnaître la cause. Nous avons essayé dans ce cas l'électrisation, qui a donné une guérison. Mais si j'avais pu diagnostiquer un étranglement interne, j'aurais opéré.

M. Berger. C'est, en somme, à l'insuffisance et même à l'inutilité des lavages de l'estomac dans l'étranglement interne que les chirurgiens de Berlin ont conclu après discussion de la question. L'un d'eux a même cité un fait de pneumonie septique qui résulta du passage de matières provenant de l'estomac à la suite du lavage.

Les conclusions du rapport de M. Berger sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de pièce.

M. Nicaise présente un fibro-sarcome de la paroi abdominale qu'il a enlevé chez une femme de 24 ans. Il s'était développé depuis le mois d'octobre 1885, du côté droit, au-devant de la fosse iliaque, et avait pris un accroissement rapide, car il pesait 1,100 à 1,200 grammes. L'état général était excellent.

L'opération a été faite il y a quinze jours. Une incision transversale a mis à nu l'aponévrose du grand oblique, qui a été sectionnée ensuite. La tumeur siégeait surtout entre les fibres du petit oblique et du transverse, mais se prolongeait jusqu'au péritoine, auquel, cependant, elle n'adhérait pas. La dissection a été minutieuse; deux fois, le péritoine a été intéressé et les petites plaies fermées par une suture en bourse. Le pédicule de la tumeur s'implantait vers l'épine iliaque antéro-supérieure et a été sectionné.

Dans le but d'obtenir une réunion par première intention, plusieurs plans de sutures ont été faits; des drains ont été placés dans les anfractuosités de la plaie et la peau réunie.

Il y a eu quelques phénomènes de péritonite et la réunion n'a pas été complète. Cependant la guérison est aujourd'hui très avancée, et il est à espérer qu'il n'y aura pas d'éventration au niveau de la cicatrice.

L'examen microscopique a montré que la tumeur était un fibro-sarcome. C'est le second fait de ce genre opéré par M. Nicaise, qui a enlevé la première tumeur en 1878. Elle pesait 2 kilogrammes.

Discussion.

M. Le Dentu. J'ai observé plusieurs tumeurs qui peuvent être rapprochées de celle qui vient de nous être présentée.

C'est ainsi que j'ai enlevé deux lipomes de la paroi abdominale, un fibro-lipome développé entre le grand oblique et le petit oblique, un myxo-lipome inséré au voisinage de la crête iliaque. En décembre 1885, j'ai enlevé un fibrome du muscle grand droit de l'abdomen, qui faisait saillie surtout du côté de la cavité abdominale et devenait fixe dans la contraction du muscle.

Enfin, j'ai vu d'autres tumeurs qui ne pouvaient être enlevées, notamment un sarcome ou fibro-sarcome occupant la région sous-ombilicale et situé sur la ligne médiane.

Il y a quelque jours à peine, j'ai été consulté pour une énorme tumeur sarcomateuse qui avait envahi toute la paroi, remontait jusqu'à l'appendice xyphoïde et donnait à l'abdomen une circonférence de $1^{m},18$.

D'une manière générale, les tumeurs de cette région doivent être opérées de bonne heure, car le péritoine devient vite adhérent. Il ne faut pas hésiter, au besoin, à imposer l'opération.

Lorsqu'on a fait l'ablation de la masse, il reste une plaie anfractueuse, dans laquelle les drains doivent être multipliés. Quoiqu'on fasse, la suppuration ne peut pas toujours être évitée; j'ai même vu un phlegmon de la paroi se développer à la suite. Il est important non seulement de multiplier les tubes à drainage, mais de ne pas les retirer trop tôt et de les nettoyer sur place.

M. Gillette. En 1883, j'ai opéré à l'hôpital Tenon une jeune femme qui portait une tumeur du volume d'une grosse orange, située à gauche de la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic. Elle n'avait pas de pédicule adhérent, mais elle reposait sur le péritoine et était un peu adhérente à la ligne blanche. Elle a pu être facilement disséquée sans ouvrir le péritoine.

En 1874, j'ai vu M. Labbé opérer avec M. Verneuil une grosse tumeur ayant le même siège. Il y a eu péritonite à la suite de l'opération, dans laquelle le péritoine avait été intéressé.

Dans ces opérations, le drainage doit être fait avec soin, mais ne présente pas de difficultés. Ma malade a guéri en dix-huit jours.

M. Nicaise. Je ne crois pas que le péritoine soit aussi fréquemment adhérent à ces tumeurs. En tout cas, on peut ordinairement les isoler par la dissection, de même qu'on isole, comme j'ai pu le faire ce matin même, les kystes de l'ovaire inclus dans l'épaisseur du ligament large. Lorsqu'il n'y a pas eu d'inflammation, il n'y a pas, ordinairement, d'adhérences.

Demande d'honorariat.

Scrutin sur la demande d'honorariat faite par M. L. Labbé, membre titulaire :

Nombre des votants....................	22
Majorité absolue........................	12

M. L. Labbé, à l'unanimité des votes, est nommé membre honoraire de la Société.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 10 mars 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Rapport présenté à l'appui de l'arrêté portant règlement de la police sanitaire maritime à l'île de la Réunion*, *par le* Dr Mazaé-Azéma, membre correspondant ;

3° *Les modifications de la voix humaine, etc.*, par le Dr Sandras ;

4° M. L. Labbé remercie la Société de l'avoir nommé membre honoraire ;

5° M. le Dr Léon Perrin, ex-interne des hôpitaux, envoie à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *De la Sarcomatose cutanée*, pour le concours du prix Duval en 1886.

Rapport

Sur plusieurs faits d'arthrotomie pour corps étrangers articulaires, communiqués par MM. Boppe et Krug-Basse,

Par M. Kirmisson.

Messieurs, je viens, au nom d'une commission composée de MM. Sée, Cruveilhier et Kirmisson, rapporteur, vous rendre compte de deux travaux, l'un de M. Krug-Basse, médecin principal à l'hôpital de Belfort ; l'autre de M. Boppe, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Lunéville, travaux qui, tous deux, ont trait à des arthrotomies pour corps étrangers articulaires.

Cette question des corps étrangers des articulations, déjà vieille de plus de trois siècles, a été rajeunie dans ces derniers temps par un certain nombre de travaux dont plusieurs vous ont été communiqués. Les deux points de la question qui ont le plus profité des recherches modernes, ceux aussi qu'il est le plus intéressant d'étudier, sont, d'une part, la pathogénie des corps étrangers, d'autre part, leur traitement chirurgical. J'examinerai successivement ces deux points :

1° *Pathogénie.* — On peut dire que, jusqu'à ces derniers temps, la tendance générale des chirurgiens était d'admettre, d'une manière presque exclusive, le développement spontané des corps étrangers articulaires. Sans doute on connaissait bien les faits de corps étrangers traumatiques rapportés par Vidal (de Cassis), Gendrin, Tarnier, Malherbe, mais on les considérait comme tout à fait exceptionnels. Dans l'immense majorité des cas, c'était, disait-on, la synoviale elle-même qui, sous une influence pathologique, donnait naissance à ces produits de nouvelle formation. D'où le nom *d'arthrophytes* qui leur a été donné par M. Panas, et qui répond bien à l'idée qu'on se faisait de leur pathogénie.

Une véritable réaction s'opère aujourd'hui à cet égard, réaction dont le mémoire de M. Poncet [1] a donné le signal, et qui s'accuse encore dans les récents travaux de Flesch [2], en Allemagne; de Poulet et Vaillard, en France [3]. Il semble que si les corps étrangers traumatiques ne représentent pas la majorité des corps étrangers articulaires, bon nombre de ceux-ci, du moins, ont une semblable origine.

Ce n'est pas la considération d'un traumatisme antérieur qui, seule, peut permettre de trancher la question. On comprend, en effet, qu'une chute sur le genou puisse avoir pour résultat de rendre mobile un corps étranger jusque-là fixe et qui n'avait trahi sa présence par aucun symptôme. Ce qu'il faut en réalité considérer, c'est l'anatomie pathologique du corps étranger lui-même.

Les corps étrangers d'origine traumatique sont de forme circulaire, plus ou moins aplatis ; ils représentent un copeau détaché d'une des surfaces articulaires, et, comme tels, sont formés d'un noyau osseux, tapissé sur l'une de ses faces d'un cartilage qui répond très exactement par tous ses caractères au cartilage d'encroûtement normal des articulations. On y trouve en effet, à la périphérie, des cellules cartilagineuses, aplaties, horizontalement dirigées, tandis que les cellules des couches profondes affectent, au contraire, une direction verticale. Nous avons pu, grâce à l'obligeance de M. Poulet, examiner les préparations qui ont servi de base à sa description, et elles nous ont semblé parfaitement démonstratives. Or, auquel des deux groupes, spontané ou traumatique, appartiennent les corps étrangers dont MM. Krug-Basse et Boppe nous ont envoyé l'observation ?

Le fait de M. Krug-Basse est relatif à un soldat de 24 ans qui ressentit tout à coup, pendant l'exercice, une douleur poignante au genou droit. Les jours suivants, il remarqua, en pressant sur la rotule, de forts craquements ; la douleur, se reproduisant à plusieurs reprises et augmentant d'intensité, rendit bientôt la marche impossible et nécessita l'entrée du malade à l'hôpital, où l'on constata dans le genou la présence de deux corps étrangers qui furent extraits. Le malade, guéri, reprend son service. La gêne cependant n'a pas disparu dans le genou opéré ; la douleur se fait sentir quand la marche a été plus longue que d'habitude; les craquements s'accentuent de plus en plus. Dans les premiers jours de novembre, après une marche de deux kilomètres, le malade éprouva tout à coup une vive douleur dans le genou opéré ; celui-ci fléchit et le genou gauche, sain jusque-là, porta vivement sur

[1] Poncet, Des arthrophytes du genou (*Revue de chirurgie*, 1882, p. 797).

[2] Flesch (de Würzbourg), Onzième congrès de la Société allemande de chirurgie, 1882.

[3] Poulet et Vaillard (*Arch. de Physiologie*, 1er avril 1885, n° 3).

le sol. Instruit par l'expérience, le malade tâta le genou droit mais n'y découvrit aucun corps étranger. Il n'en fut pas de même à gauche, où, du côté interne, il constata la présence d'un corps dur, extrêmement mobile et se cachant au moindre mouvement. Il dut subir de ce côté une nouvelle opération, qui, comme la première, donna un excellent résultat.

L'étude de ce fait ne saurait laisser aucun doute. Il s'agit ici, bien manifestement, d'un corps étranger d'origine pathologique. D'abord il n'y a pas eu de traumatisme vrai. On pourra bien objecter la chute sur le genou gauche ; mais celle-ci avait lieu dans les premiers jours de novembre, et l'opération était pratiquée le 5 décembre. S'il s'était agi d'un corps traumatique, il n'aurait pu, pendant un aussi court espace de temps, subir des modifications importantes. On y aurait retrouvé les caractères particuliers aux corps traumatiques, c'est-à-dire un noyau osseux, présentant sur une de ses faces le revêtement cartilagineux normal, avec la disposition spéciale de ses chondroplastes. Or, il est dit que tous les corps extraits présentaient la même structure, cartilage hyalin, cartilage calcifié, tissu fibreux ; nulle part de tissu osseux. Il faut tenir grand compte aussi de la production successive de corps étrangers dans les deux genoux. De plus, le malade n'a pas complètement guéri par les opérations qu'il a subies. Il a conservé dans les deux genoux une gêne assez marquée ; les craquements ont augmenté d'intensité ; ils s'entendent à distance. Enfin, si le malade lui-même n'avait jamais eu de rhumatismes avant les accidents relatés plus haut, il avait des antécédents héréditaires très manifestes. Son père a souffert pendant de longues années de douleurs violentes dans une épaule ; deux cousins germains du côté paternel sont atteints de rhumatisme chronique ; un troisième cousin est atteint de sciatique. Tout, en un mot, permet dans l'observation de M. Krug-Basse, de rattacher les corps étrangers à l'arthrite sèche. C'est, du reste, l'opinion de l'auteur lui-même.

Le fait de M. Boppe est relatif également à un jeune soldat qui, en juillet 1885, se plaignit de ressentir parfois dans le genou droit de vives douleurs rendant la marche impossible. L'examen permit de reconnaître immédiatement la présence d'un corps étranger mobile, assez volumineux, logé dans le cul-de-sac supéro-externe de l'articulation. Interrogé sur le début de cette affection, ce militaire dit que, trois ans avant son incorporation, à la suite d'un travail pénible, en descendant de la montagne, sans avoir fait de chute ni reçu de choc, son genou s'était enflé, et qu'il avait dû garder le lit pendant deux mois ; qu'ensuite il avait pu reprendre ses occupations *sans ressentir aucune gêne dans l'articulation*. Ce n'est qu'au mois de janvier dernier, en exécutant des exercices de voltige, qu'il avait tout à coup éprouvé dans

ce genou une très vive douleur, qui se reproduisit dès lors de temps à autre. L'opération permit de constater qu'il s'agissait d'un corps étranger aplati, ayant la forme d'une petite rotule ; creusé d'une cavité à l'intérieur, ce corps étranger renfermait un liquide analogue à de la synovie. Il était tapissé sur ses deux faces interne et externe d'une couche cartilagineuse.

L'interprétation exacte de la nature de ce corps étranger ne laissa pas que de prêter à de sérieuses difficultés. Examiné par M. Poulet, il a été considéré par lui comme un corps ostéo-cartilagineux d'origine *probablement traumatique.* « En somme, il s'agit là, dit-il, d'un fragment de condyle séparé *par suite d'un traumatisme ou autrement...* » M. Poulet, on le voit, n'est pas très affirmatif.

Ce qui complique en effet la question, c'est que, par une sorte de processus nécrobiotique, des portions plus ou moins étendues de cartilage ou de tissu osseux épiphysaire peuvent être détachées spontanément et constituer des corps étrangers articulaires. Cette théorie a même été longuement développée par MM. Poulet et Vaillard, aux dépens de la théorie ancienne, qui faisait naître les corps étrangers pathologiques dans les franges synoviales, par prolifération des cellules cartilagineuses qui y ont été décrites autrefois par Kœlliker. Pour nous, prenant en considération l'existence d'une cavité centrale qu'on retrouve assez souvent dans les corps étrangers de l'arthrite sèche et surtout le long intervalle écoulé entre l'accident et la constatation du corps étranger, l'absence de tout symptôme pendant cet espace de temps, nous aimons mieux nous ranger à l'avis de l'auteur de l'observation et considérer ce corps comme d'origine pathologique.

Des deux observations précédentes, je rapprocherai un fait inédit, qui m'a été communiqué par notre collègue Maunoury (de Chartres), et qui présente un type bien net de corps étranger traumatique.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans qui, le 19 octobre 1884, descendant une côte avec des sabots, trébucha sur des pierres et tomba en se tournant le pied droit. Dans sa chute, elle sentit un craquement avec une très vive douleur dans le genou droit, qu'elle rapporta au côté externe de l'articulation ; mais elle ne pense pas que le genou ait porté à terre. A la suite de cette chute, le genou présenta un gonflement considérable, qui l'obligea à garder le lit jusqu'en janvier. En décembre, elle s'aperçut pour la première fois de l'existence d'un corps étranger très mobile dans le genou. A partir du mois de janvier 1885, la malade a pu marcher continuellement ; mais elle a conservé une gêne considérable dans la marche ; elle ne peut courir ; quand elle

monte un escalier, elle pose toujours la jambe droite la dernière et tenue raide. L'arthrotomie a été pratiquée avec succès le 10 décembre dernier, par notre collègue M. Maunoury. L'examen histologique du corps étranger pratiqué par lui d'abord, puis par M. Poulet, a montré qu'il s'agissait très manifestement d'un corps étranger traumatique. On y retrouve, en effet, outre le noyau osseux central, le cartilage diarthrodial, facilement reconnaissable à la forme et à la disposition de ses éléments anatomiques. La malade a été revue dernièrement par M. Maunoury, et deux mois après l'opération, le rétablissement des fonctions du membre ne laissait rien à désirer.

Il y a, comme on le voit, de grandes différences entre le fait précédent et celui de M. Boppe. Ici, d'abord, il y a eu un traumatisme bien net au niveau du genou; douleur vive dans la jointure au moment de la chute; craquement perçu par la malade. De plus, deux mois à peine après l'accident, la présence du corps étranger était constatée; enfin, jusqu'au moment de l'opération, elle n'a cessé d'entraver constamment les fonctions du membre.

Ce fait nous fournit l'occasion de signaler une modification très intéressante que subissent les corps étrangers traumatiques, lorsqu'ils sont restés longtemps dans les jointures. Puisque ce sont de véritables fragments détachés des surfaces articulaires, on n'y devrait trouver de cartilage que sur l'une des faces. Et cependant les deux faces du corps étranger sont tapissées de cartilage; mais ces deux couches cartilagineuses sont loin de présenter les mêmes caractères. L'une d'elles, lisse et polie, possède toutes les apparences extérieures et la structure du cartilage diarthrodial; l'autre, plus mince, mamelonnée, rugueuse, ne renferme que des cellules cartilagineuses embryonnaires, irrégulièrement entassées les unes sur les autres. Comme l'ont montré les travaux de Flesch, ceux de MM. Poulet et Vaillard, cette couche cartilagineuse de nouvelle formation résulte de la prolifération des éléments cellulaires, soit dans les espaces médullaires, soit dans l'intérieur même des travées osseuses. Elle était très manifeste dans le cas de M. Maunoury; aussi, d'après l'examen histologique, M. Poulet a-t-il pu prévoir que l'accident remontait à une époque éloignée; en effet, ce corps avait séjourné pendant quatorze mois dans l'intérieur de l'articulation.

Dans les cas, au contraire, où l'extraction du corps étranger aura suivi de près le traumatisme, une couche cartilagineuse nouvelle n'aura pas eu le temps de se former, et l'on trouvera un fragment osseux plus ou moins considérable, recouvert, sur une de ses faces seulement, par le cartilage diarthrodial. Un cas bien démonstratif de cette nature vous a été communiqué ici même, en 1878, par M. Chipault (d'Orléans), membre correspondant de la

Société. Dans ce cas, le corps étranger fut reconnu cinq jours après l'accident ; et l'opération, pratiquée deux mois et demi après, permit d'enlever un corps étranger, présentant une surface convexe, lisse, cartilagineuse, et une surface aplatie, mais légèrement rugueuse et recouverte de tractus formés par le tissu spongieux déchiré, répondant manifestement à une portion du condyle interne fémoral.

En résumé, donc, il faut admettre aujourd'hui, dans l'étude des corps étrangers articulaires, les deux variétés, pathologique et traumatique, en faisant à cette dernière une part beaucoup plus large qu'on ne le croyait autrefois. C'est par une enquête minutieuse sur les antécédents du malade, et surtout par l'examen histologique du corps étranger lui-même, qu'on pourra déterminer à quelle variété on a affaire. On en déduira des notions pronostiques intéressantes ; car, si, dans l'arthrite sèche, les fonctions du membre restent nécessairement imparfaites après l'opération, dans les corps étrangers traumatiques, on peut, au contraire, espérer une guérison complète. Malheureusement, à côté de faits typiques, comme ceux de M. Krug-Basse, d'une part, ceux de MM. Maunoury et Chipault, d'autre part, il est des observations, comme celle de M. Boppe, qui laissent place au doute. Aussi croyons-nous que cette question pathogénique ne pourra pas toujours être tranchée d'une manière absolue.

2° *Traitement chirurgical.* — L'accord est fait aujourd'hui, on peut le dire, entre les chirurgiens, sur le traitement chirurgical qui convient aux corps étrangers articulaires. C'est l'arthrotomie ou taille articulaire, qui, comme tant d'autres procédés, abandonnée à cause des accidents qui l'accompagnaient autrefois, a repris faveur depuis la généralisation de la méthode antiseptique. Sans rappeler ici toutes les statistiques qui ont été successivement dressées, MM. Poulet et Vaillard, dans leur mémoire couronné récemment par l'Académie de médecine, et qu'ils ont bien voulu me communiquer, relèvent deux morts sur 69 opérations faites par la méthode antiseptique, soit une mortalité de 2.89 0/0. Encore les auteurs ajoutent-ils que, depuis 1877, il leur a été impossible de trouver un seul cas de mort.

Tout dernièrement, la *Gazette médicale de Strasbourg* (1) publiait un travail de M. Jules Müller, qui, à propos d'une observation de M. Eug. Bœckel, a établi une statistique dans laquelle il a réuni 100 opérations avec 4 morts. Ces 4 faits malheureux ne doivent pas trop nous émouvoir : 3 d'entre eux nous sont déjà connus ; ce sont ceux de MM. Paquet, Saxtorph et Eug. Bœckel,

[1] *Gazette médicale de Strasbourg*, 1er février 1886, n° 2.

et je n'ai pas besoin de rééditer ici les raisons qu'on a invoquées à juste titre pour expliquer, dans ces cas, la terminaison fatale. Quant au 4[e] cas, il appartient à Kœnig, et, en toute justice, il ne peut être mis au passif de l'arthrotomie, car le malade a succombé non à l'opération elle-même, mais bien, trois mois après, de tuberculose généralisée. Mais prenons les faits de M. Müller tels qu'il les a assemblés, pour ne pas être accusé de faire une statistique expurgée; joignons-y les deux opérations de M. Boppe, les deux de M. Krug-Basse et celle de M. Maunoury, qui toutes ont donné le plus heureux succès. Nous arrivons à un total de 105 cas avec 4 morts; soit une mortalité de 3.80 0/0, chiffre déjà très satisfaisant, et qui prend une signification plus favorable encore si l'on tient compte des explications que nous avons données plus haut.

Ainsi se trouve comblé le desideratum formulé par M. Trélat dans la discussion de 1878. « Autrefois, disait M. Trélat, l'extraction des corps articulaires donnait 1 mort sur 4 opérations; lorsqu'on aura réuni 100 à 150 opérations pratiquées par telle ou telle méthode, on pourra alors tirer des conclusions. »

Aujourd'hui le choix n'est plus douteux; la méthode à employer, c'est l'arthrotomie; mais hâtons-nous d'ajouter l'*arthrotomie antiseptique*. Ce qui demande à être encore étudié, c'est le manuel opératoire. Peut-être pourrait-on reprocher aux auteurs de nos observations de n'avoir pas suffisamment décrit les divers temps de leurs opérations. Dans sa première observation, M. Krug-Basse note seulement qu'il a fait une incision de 4 centimètres obliquement dirigée du bord interne de la rotule vers le condyle interne du fémur. Après l'extraction des corps étrangers, la plaie a été suturée par 4 points de suture au catgut n° 2; un pansement de Lister a été laissé en place pendant 14 jours; au bout de ce temps, la réunion était parfaite. Y avait-il eu drainage? Il n'en est pas fait mention; il est probable que non. Les fils pénétraient-ils dans la jointure, ou embrassaient-ils seulement les parties molles périphériques? L'auteur ne le dit pas. — La description de M. Boppe est encore beaucoup plus succincte. L'auteur s'exprime ainsi : « En suivant minutieusement toutes les précautions indiquées par Lister, nous ouvrons l'articulation au côté externe par une incision de 8 centimètres et extrayons le corps étranger. La plaie est suturée à la soie phéniquée et largement drainée; une attelle plâtrée est placée sous le membre pour assurer son immobilité. En dix jours, après 4 pansements, la plaie était complètement cicatrisée. La température n'a jamais dépassé 37 degrés. » Que faut-il entendre par ces mots « largement drainée »? Le drain pénétrait-il, ou non, dans l'articulation?

Sans vouloir examiner ici tous les détails relatifs à l'arthrotomie

pour corps étranger articulaire, deux points me semblent surtout devoir être discutés, savoir : le drainage et le mode de suture. Quant on parcourt les observations publiées, on voit que, dans certaines d'entre elles, par exemple celles de MM. Heurtaux, Houzel, Krug-Basse, il n'est pas question de drainage. Dans d'autres, comme celles de MM. Gutsch et Nicaise, il est expressément indiqué que le drainage n'a pas été employé. Et cependant, dans ces différents cas, la guérison a été obtenue de la manière la plus heureuse. On ne peut donc pas dire, d'une manière générale, que l'absence de drain soit une condition fâcheuse. Vous vous souvenez néanmoins du fait malheureux de M. Eug. Bœckel, dans lequel l'issue funeste avait été mise sur le compte de l'absence de drainage. D'autre part, les faits où l'on a eu recours au drain ont souvent suivi une marche favorable; mais quelquefois aussi le drain n'a pas empêché l'apparition d'accidents redoutables, par exemple la suppuration de l'articulation. Il est donc très difficile de trancher définitivement la question. M. Poncet, qui examine ce point particulier dans son mémoire de la *Revue de chirurgie*, conclut au rejet du drainage. Mais, on le comprend, les conditions sont très différentes suivant les cas. Dans certains d'entre eux, il suffit de pratiquer une simple boutonnière à la synoviale pour voir le corps étranger faire issue spontanément. Dans d'autres, au contraire, des recherches plus ou moins longues, l'introduction du doigt ou même d'instruments dans l'intérieur de l'articulation, sont nécessaires. Tantôt enfin la cavité synoviale est vide de tout liquide; tantôt elle renferme de la sérosité ou du sang épanché pendant la l'opération. On comprend combien ces diverses circonstances créent des conditions différentes. Dans un genou vide de liquide, qui n'a été soumis à aucune manœuvre, à part un léger débridement de la synoviale, tout peut se passer très simplement sans drainage. Qu'au contraire des manipulations longues aient été nécessaires, que l'articulation renferme du sang ou de la sérosité, le drainage s'impose alors comme une nécessité. Mais il ne me semble pas bon d'introduire le drain dans l'intérieur même de l'articulation, où il jouerait le rôle de corps étranger irritant, et pourrait provoquer par sa présence les accidents que l'on se propose d'éviter.

Il suffit, croyons-nous, de placer le drain au contact de la face externe de la synoviale, où il évacuera à la fois le liquide qui pourrait se produire dans la jointure et celui qui est fourni par les parties molles extérieures.

Quant au mode de suture de la plaie, il peut aussi être exécuté de façons bien diverses. Ces variations peuvent être rapportées à trois types principaux. On peut suturer les parties superficielles

seulement, ou bien comprendre dans la suture la synoviale elle-même. On peut enfin pratiquer une double suture, l'une profonde, pour la synoviale, l'autre superficielle, pour la peau et les tissus sous-jacents. La simple suture des parties superficielles me semble devoir être rejetée. Elle expose à voir la réunion se faire du côté de la peau seulement, et les liquides produits par les parties sous-jacentes s'accumuler dans la profondeur et déterminer l'inflammation de l'articulation. Elle a donné dans un cas un mauvais résultat à M. Poncet, en ce que le sang épanché au-dessous de la plaie superficielle suturée a pénétré dans la synoviale laissée ouverte, et a donné lieu à une hémarthrose assez abondante, qui a plus tard déterminé elle-même la désunion de la plaie. Il faut donc, si l'on fait une suture unique, comprendre dans son épaisseur le feuillet synovial. Nous serions, pour notre part, disposé à donner la préférence au double plan de suture profonde et superficielle, le drain étant interposé entre les deux.

C'est l'expérience seule qui pourra trancher ces questions relatives au drainage et au mode de suture dans la taille articulaire. Aussi ne saurions-nous trop engager les auteurs qui publieront à l'avenir des observations de ce genre à faire connaître dans tous leurs détails leur pratique à cet égard.

Tout ce que nous venons de dire s'applique à l'arthrotomie antiseptique faite d'après la méthode de Lister, qui comprend comme un de ses temps essentiels la réunion immédiate. Mais nous devons en terminant rappeler que le pansement ouaté de M. Alph. Guérin a donné, entre les mains de son auteur, aussi bien qu'entre celles de MM. Verneuil, Gillette, Chipault, etc., d'excellents résultats.

Comme conclusions, nous vous proposons, Messieurs, d'adresser des remerciements à MM. Boppe et Krug-Basse pour leurs intéressantes observations, et de déposer dans les archives leurs travaux, dont j'ai donné, dans le cours de ce rapport, une analyse suffisamment détaillée.

Discussion.

M. Trélat. Je partage le sentiment de M. le rapporteur sur la nature du corps étranger articulaire qui nous est présenté.

Dans deux cas, j'ai eu à enlever des corps mobiles articulaires du genou, et ils présentaient la même apparence. Ils ressemblaient à un gâteau qui aurait été desséché au four et dans lequel une cavité se serait formée au centre, par soulèvement; leur couleur rappelait celle de la croûte du fromage de Brie. C'est une comparaison dont j'ai déjà eu l'occasion de me servir. Les corps étrangers que j'ai enlevés étaient un peu moins volumineux que celui

qui est soumis à notre examen. Je les ai considérés comme n'ayant pas une origine traumatique; c'étaient, en d'autres termes, des ostéophytes articulaires.

En ce qui concerne l'opération, je pense que M. Kirmisson a été prudent en disant que la terminaison en devait être variable suivant qu'elle a consisté en une simple incision suivie d'extraction facile du corps étranger, ou que le chirurgien a dû se livrer à une recherche plus ou moins laborieuse de ce même corps dans l'intérieur de l'articulation.

Pour pratiquer cette extraction dans de bonnes conditions, il est indispensable de bien établir au préalable la position de l'arthrophyte et de le fixer avant de faire l'incision. Il y a imprudence véritable à opérer, si la position du corps étranger n'est pas connue.

Au contraire, lorsqu'il a été bien fixé avant l'incision, l'extraction en est facile. Tout au plus peut-on trouver quelques difficultés à le détacher s'il présente des adhérences. Celles-ci nécessitent alors une petite dissection.

Il me semble qu'il y a quelque avantage à supprimer le drainage, lorsque l'opération a été simple. Si l'on n'a eu qu'à faire une simple incision, ayant à peine donné lieu à un écoulement de sang, il suffit de réunir les lèvres de la plaie par quelques points de suture qui comprennent la totalité des parties molles divisées, en en exceptant la synoviale. Du moins, cette pratique m'a réussi dans les deux seules opérations que j'aie faites. Le pansement antiseptique peut alors être laissé en place jusqu'à guérison complète. Mais l'immobilisation de l'articulation doit être assurée d'une manière complète.

M. Lucas-Championnière. Le drainage me paraît, au contraire, indispensable dans ces opérations. Les objections qu'on oppose à l'emploi des drains sont purement théoriques; ceux-ci ne pourraient être supprimés que dans le cas d'une extraction absolument simple. Dès que l'opération est un peu compliquée, surtout s'il y a du liquide dans la cavité articulaire, le drainage devient nécessaire.

Dans tous les cas où j'ai eu à faire l'arthrotomie pour des hydarthroses, pour des arthrites suppurées ou pour des arthrites sèches, j'ai placé un drain. Le drain sert à prévenir l'accumulation de liquide après l'opération. Si on le supprimait, il faudrait se tenir prêt à inciser, comme l'a fait Lister, pour donner issue au liquide. Je crois que si le malade de M. Eugène Bœckel dont il a été question a succombé, c'est parce que le drainage n'a pas été pratiqué.

L'emploi du drain est un acte de précaution dans ces sortes d'opérations.

M. Marchand. La division des corps étrangers articulaires en traumatiques et pathologiques, d'après leur origine supposée, ne peut pas être absolue. Il arrive souvent, en effet, que des ostéo-chondrophytes, productions primitivement pathologiques, se pédiculisent, puis deviennent libres ensuite, par rupture de leur pédicule sous l'influence d'un choc.

M. Trélat. Il me semble que M. Lucas-Championnière est bien affirmatif dans les règles qu'il pose pour une opération que chacun de nous n'a l'occasion de pratiquer qu'à de rares intervalles. Les chirurgiens militaires sont dans des conditions plus favorables pour observer des corps étrangers articulaires et sont plus souvent appelés à les extraire. Je ne crois pas que les avantages du drainage, à la suite de cette extraction, soient aussi réels qu'il vient d'être dit.

M. Kirmisson a raison de demander que désormais, dans les observations, on spécifie si le drainage est ou non employé. Jusqu'à ce jour les statistiques restent insuffisantes sur ce point, et la question ne peut être tranchée.

Les faits tirés de la pratique de M. Lucas-Championnière se rapportent à des hydarthroses, à des arthrites sèches, à des hémarthroses, mais non pas à des corps étrangers articulaires. Il faut attendre d'autres faits pour juger de la valeur du drainage, mais il me paraît que, dans cette question, la suppression du drainage doit être le rêve de la chirurgie..

M. Gillette. Ainsi qu'il vient d'être dit, M. Lucas-Championnière a traité la question du drainage dans l'arthrotomie faite pour les arthrites et les hydarthroses, mais non pour les corps mobiles articulaires. Pour ces derniers, mon avis est que le drainage est inutile. Après avoir fixé le corps mobile, on incise et on l'extrait. Dans les trois cas pour lesquels j'ai fait cette opération, je n'ai pas rencontré de difficultés. Je me suis contenté d'immobiliser l'articulation en l'entourant du pansement ouaté de Guérin et en plaçant une forte attelle à la partie postérieure. Je ferai remarquer qu'il serait, la plupart du temps, impossible d'interposer un drain entre les surfaces articulaires rapprochées.

M. Lucas-Championnière. Le drainage est le système général de pansement à appliquer dans tous les cas où l'on pratique l'arthrotomie, et j'ai fait un grand nombre de fois cette opération. Le drain ne me paraît avoir aucun inconvénient et il prévient l'accumulation du liquide dans la cavité articulaire.

J'ajoute qu'après l'arthrotomie je n'immobilise pas les articulations, et par là j'évite les raideurs articulaires que donne l'immobilisation.

M. Gillette. Ce n'est pas moi qui ai fait dévier la discussion, mais je ferai remarquer que la question discutée est celle de l'extraction des corps mobiles articulaires et non celle de l'arthrotomie en général.

Je répète que je considère comme essentielle, après l'ouverture d'une articulation, l'immobilisation de cette articulation, que rejette M. Lucas-Championnière.

M. Kirmisson. En réponse à l'observation faite par M. Marchand, je dois faire remarquer que si un ostéochondrophyte préexistant devient mobile, dans une articulation, par suite d'un choc, on ne le considère pas comme un corps mobile d'origine traumatique. Mais les corps mobiles d'origine véritablement traumatique paraissent aujourd'hui plus fréquents qu'on ne le croyait autrefois. Il y a d'ailleurs des cas où il est difficile de se prononcer. L'existence d'une couche de cartilage sur chacune des faces du corps étranger est, en particulier, bien propre à induire en erreur. Désormais, avant de se décider, on devra pratiquer un examen très complet.

Je suis aussi d'avis que les opérations que l'on pratique pour extraire ces corps mobiles diffèrent beaucoup. Les unes sont simples ; les autres sont compliquées par suite d'adhérences, par la multiplicité des corps mobiles ou par leur échappement au moment de l'opération. Il y a donc des indications différentes pour le pansement, et la question du drainage n'est pas tranchée.

Les conclusions du rapport de M. Kirmisson sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

M. Quénu lit un travail intitulé : *Des limites de la matrice de l'ongle. — Application au traitement de l'ongle incarné.*

(Commission : MM. Kirmisson, Monod et Reclus, rapporteur.)

Communication.

M. Peyrot lit une observation intitulée : *Transplantation chez l'homme d'un tendon emprunté à un chien. Guérison avec rétablissement partiel de la fonction.*

(Commission : MM. Reclus, Kirmisson et Monod, rapporteur.)

Présentation de malade.

M. Guermonprez (de Lille), membre correspondant, présente un malade auquel il a fait le *curage d'un foyer de gangrène sus-diaphragmatique.*

Curage d'un foyer de pleurésie circonscrite, avec gangrène corticale du poumon. — Accidents post-opératoires. — Guérison, par le Dr Fr. Guermonprez (de Lille).

Un homme de 27 ans éprouve un point de côté à droite, avec toux et dyspnée, sans expectoration. Après un mois de temporisation, et sans cause appréciable, l'appétit se perd, l'amaigrissement progresse rapidement et les forces diminuent jusqu'à rendre tout travail impossible. Vers la même époque apparaît le début d'un abcès adhérent aux 9e et 10e côtes du côté droit, à peu près au niveau du bord du muscle grand dorsal. D'abord étroite et verticalement dirigée, cette collection s'étale peu à peu et acquiert une étendue de 8 à 10 centimètres dans tous les sens.

Le 5 septembre, deux mois après le début, la dépression des forces est considérable ; les sueurs, très abondantes, et une diarrhée qui persiste depuis huit jours continue à l'accroître... La dyspnée est devenue pénible, la toux laborieuse, l'expectoration abondante, non spumeuse et très fétide, tellement fétide que les malades se plaignent d'occuper les lits voisins, malgré la correction établie par le liquide antiseptique dans le crachoir.

Le 7, je trouve la tumeur fluctuante vers le centre, très ferme dans sa périphérie, adhérente aux côtes, absolument irréductible. Pendant une quinte de toux, ma main, placée sur la tumeur, éprouve une sensation de gargouillement, analogue à celle que donne à l'oreille l'auscultation d'une caverne. L'étude du reste de la poitrine permet de reconnaître l'intégrité du côté gauche et aussi du sommet droit, et en même temps les signes d'une pleurésie du tiers inférieur droit.

Une ponction est pratiquée dans le foyer à l'aide de l'aspirateur de M. Potain : il s'écoule du pus brunâtre et un peu de sang.

Une intervention chirurgicale est proposée au patient, acceptée par lui, et pratiquée immédiatement.

L'anesthésie est assurée à l'aide du chloroforme sans aucun incident notable.

Une incision sur le milieu de la collection superficielle dans une longueur de 10 à 12 centimètres, et suivant la direction des côtes, donne issue à du pus brunâtre, qui présente les mêmes caractères que celui de la ponction. Une portion de la 10e côte, qui répond à la face profonde du foyer, est enlevée dans une étendue de 7 centimètres : on n'y trouve pas le point de départ de l'abcès. Mais on distingue, sur le périoste de la face interne de cette côte, un pertuis revêtu d'une surface molle, mince, violacée et de l'aspect d'une muqueuse. Un stylet, introduit dans ce trajet, se trouve en contact avec une portion dénudée de la côte placée immédiatement au-dessus : il en est enlevé un fragment long de 9 centimètres, sur lequel on reconnaît un foyer manifeste d'ostéite raréfiante. Une seconde incision de la peau a été nécessaire pour y parvenir.

N'ayant pas ouvert le foyer intrathoracique pendant ces premiers temps opératoires, je cherchai vainement, malgré tous mes soins, une fissure, un pertuis ou toute autre indication qui pût m'indiquer le passage entre le foyer extrathoracique et le foyer intrathoracique. Il est probable que l'insuccès de mes recherches doit être attribué à l'emploi de l'eau phéniquée double, que j'avais cru devoir choisir en raison de la fétidité du foyer.

A défaut de guide, je résolus d'ouvrir directement le foyer intrathoracique. Sur la proposition d'un confrère qui m'avait présenté le malade, je tentai l'incision dans le 10e espace intercostal, et, procédant couche par couche, je sectionnai successivement les fibres obliques en bas et en avant de l'intercostal externe, et j'en rencontrai d'autres plus profondes, dont la direction était de nouveau oblique en bas et en avant. *Redoutant la blessure du diaphragme*, je m'arrêtai. Une autre incision pratiquée sur le milieu du périoste de la 9e côte, et suivant la direction de cet os, me donne accès dans le foyer. Après exploration à l'aide du doigt, je fais une seconde incision perpendiculaire à la première, pour atteindre la partie la plus déclive, laquelle répond à la 10e côte et non pas au 10e espace intercostal. Le tissu ainsi sectionné du périoste et du 9e espace intercostal est très dur, comme scléreux; sa section ne donne aucune hémorrhagie, ni veineuse, ni artérielle. Par l'ouverture ainsi pratiquée, j'introduis sans peine deux et même trois doigts, et je retire un putrilage composé de pus et de débris plus ou moins consistants, dont M. le Dr Brault, médecin des hôpitaux de Paris, a bien voulu examiner deux fragments qui présentaient les caratères histologiques des fausses membranes de la plèvre. Dans un seul fragment, j'ai reconnu (à l'aide de la potasse) la présence de quelques fibres élastiques. Ces parties solides présentent dans la cavité une disposition alvéolaire, dont presque tous les éléments sont friables et cèdent sous la moindre pression du doigt. Deux ou trois forment comme des colonnes de l'épaisseur d'une plume d'oie au *minimum* et d'une

consistance presque ligneuse : je ne fais aucun effort pour en déterminer la rupture.

Après avoir pratiqué cette espèce de curage sans autre instrument que le doigt, je pratique un ample lavage de toutes les anfractuosités du foyer, en me guidant à l'aide du doigt et en injectant de l'eau phéniquée double (5 0/0), jusqu'à ce qu'elle n'entraîne plus de débris.

Deux drains percés de trous à leur extrémité seulement sont placés dans le fond du foyer intra-thoracique, et un autre drain ordinaire est installé sous la peau : l'ensemble des trois drains est groupé à la façon d'une flûte de Pan, au moyen d'une épingle anglaise. La plaie cutanée est suturée à points passés à l'aide du crin de Florence, mais avec la précaution de laisser l'angle inférieur de la plaie largement béant.

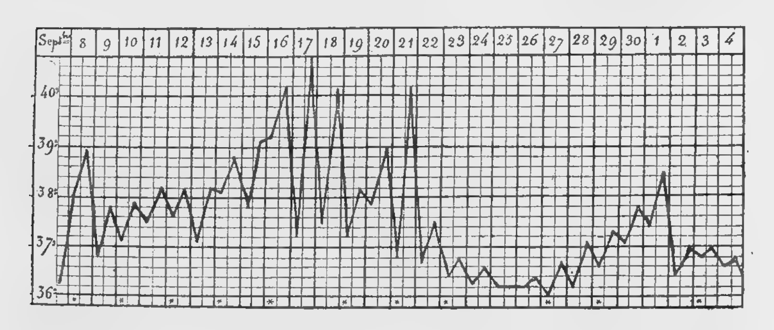
Après une nouvelle injection d'eau phéniquée double, qui permet de reconnaître la perméabilité des drains, le pansement de Lister est appliqué, avec addition d'iodoforme, sur toute la série des sutures. Une couche d'ouate et une très large bande de flanelle assurent une compression douce au-dessus du pansement.

L'opération (y compris le temps du pansement) a duré un peu plus d'une heure.

Les suites immédiates ont été des plus satisfaisantes ; la douleur de côté et la dyspnée ont disparu. La toux, moins pénible, est suivie d'une expectoration spumeuse et sans fétidité.

Pendant les premiers jours, la malade se sent mieux. Les sutures sont enlevées le 6e jour et la réunion est obtenue, sauf au voisinage des drains.

Une injection d'une solution tiède hydro-alcoolique de thymol au millième est faite les 2e, 4e, 6e et 8e jours et sans incident notable.



Le 8e jour reparaît une diarrhée, avec amaigrissement, fièvre intense et prostration.

Le 10e jour survient un frisson d'un heure, avec dyspnée et retour de l'odeur fétide des crachats. Presque toute la plaie perd le bénéfice des sutures ; l'angle postéro-inférieur résiste seul à cette distension avec processus ulcéreux de la cicatrice récente. Le malade, très impatient et vraiment épuisé, se refuse à la réinstallation des

drains, qui sont tombés de la plaie. Le lavage et l'injection sont pratiqués à l'aide de la solution tiède de sublimé au millième.

Le 13e jour, la même injection est pratiquée.

Le 15e jour, les crachats perdent leur odeur de gangrène pulmonaire.

Le 16e jour, la diarrhée est notablement diminuée; mais le malade, qui continue à s'affaiblir, a de l'hypothermie : celle-ci persiste jusqu'au 23e jour.

Le 30e jour, la plaie est presque cicatrisée, sauf dans sa partie la plus déclive, là même où se trouvaient les drains. La toux et l'expectoration présentent les caractères de la bronchite simple. L'état général, sans être florissant, est celui d'un début de convalescence, avec diminution de la diarrhée et des sueurs, avec retour de l'appétit et des forces.

Depuis cette époque, la guérison s'est confirmée. Les deux côtes se sont complètement reconstituées en formant une légère dépression. Toute la plaie s'est cicatrisée sans laisser subsister la moindre fistule. Les signes physiques de l'affection ont d'ailleurs presque totalement disparu. Enfin, l'état général est devenu vraiment très bon.

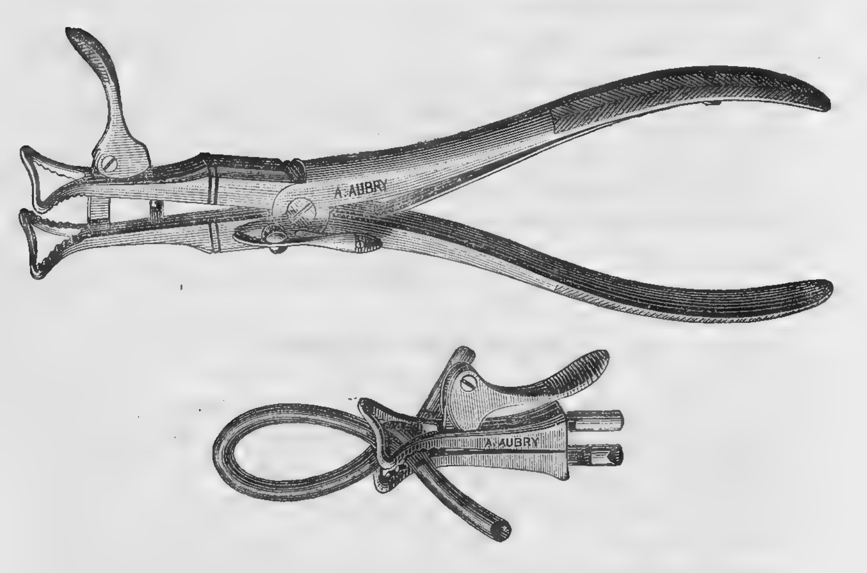
Ce fait démontre que le curage d'un foyer de pleurésie purulente circonscrite, avec gangrène corticale du poumon, peut encore être entrepris, alors même que l'état général du sujet est vraiment grave. On en peut aussi conclure que les deux complications successives (entérite aiguë d'abord, hypothermie ensuite) ne sont pas incompatibles avec une guérison ultérieurement complète.

Présentation d'instrument.

M. Trélat présente, de la part de M. Paul Segond, une pince que ce chirurgien a fait construire par M. Aubry, et dont il s'est servi avec succès pour fixer rapidement et solidement la ligature élastique du pédicule utérin dans l'hystérotomie abdominale. Les deux figures ci-jointes évitent une longue description de cet instrument. Il s'agit en somme d'une pince à cadres dont les deux mors se séparent des branches une fois qu'on les a fixés sur le lien élastique. Cette fixation des mors est assurée par l'abaissement d'une pédale analogue à celle du ligateur élastique de M. Pozzi.

La pince fixatrice de Segond nous paraît offrir les avantages suivants: elle est d'un maniement fort simple. Elle permet l'emploi des liens élastiques volumineux et résistants. Elle en

assure enfin la fixation de la manière la plus solide, puisque ses mors étreignent le lien élastique au ras même du pédicule.



Ajoutons que sa pédale fixatrice, portant sur le métal de l'instrument et non pas sur le lien élastique comme dans le ligateur élastique de Pozzi, on ne risque pas en l'abaissant de refouler les chefs du lien élastique et d'en amoindrir la tension.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 17 mars 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. le Dr Marcorelle, qui fait part à la Société du décès de M. le professeur Courty (de Montpellier), membre correspondant national;

3° M. Guéniot, membre titulaire, demande à la Société de vouloir bien lui accorder l'honorariat;

4° *Piqûres de vipère heurtante,* par le Dr E. Pluyette, chef de clinique chirurgicale à l'École de Marseille (M. Terrier, rapporteur);

5° *Coxotuberculose;* leçons faites par M. le professeur Lannelongue à la Faculté de médecine.

Présentation de pièces.

M. Poulet présente quelques coupes microscopiques qui se rapportent aux diverses pièces qui font l'objet du rapport de M. Kirmisson, et en même temps une tête du fémur qui montre d'une façon très nette le mode de développement de ces corps étrangers. On les voit en effet sur le pourtour du cartilage articulaire, faisant une saillie plus ou moins prononcée et sortant peu à peu des niches où ils se trouvent pour ainsi dire logés, prêts à se détacher et à devenir libres dans l'articulation.

Présentation d'instrument.

M. Terrillon présente une *pince fixatrice pour les fils en caoutchouc employés à serrer le pédicule dans l'hystérectomie.*

J'ai l'honneur de présenter à la Société un petit instrument qui a pour but de fixer le caoutchouc dont on entoure le pédicule des tumeurs dans l'hystérectomie. Il repose sur les mêmes principes que celui de M. Pozzi, présenté en novembre 1883, mais il en diffère par le mode de fixation définitive du caoutchouc. Celui-ci est simplement placé dans une rainure qui le serre étroitement et produit un bourrelet, lequel empêche tout déplacement dans le sens de la traction. Cet arrêt est d'autant plus assuré que le fil est deux fois coudé au moment de l'arrêt.

Ce petit appareil est simple, peu coûteux, facile à nettoyer, et ne demande le secours d'aucun aide pour être appliqué.

Je l'ai employé pour la première fois en 1885 (juin), et actuellement sur une de mes opérées d'hystérectomie. Le pédicule se détache vers le douzième jour.

M. Monod a également employé ce petit appareil avec succès. Il peut être fabriqué avec du métal nickelé ou avec du buffle.

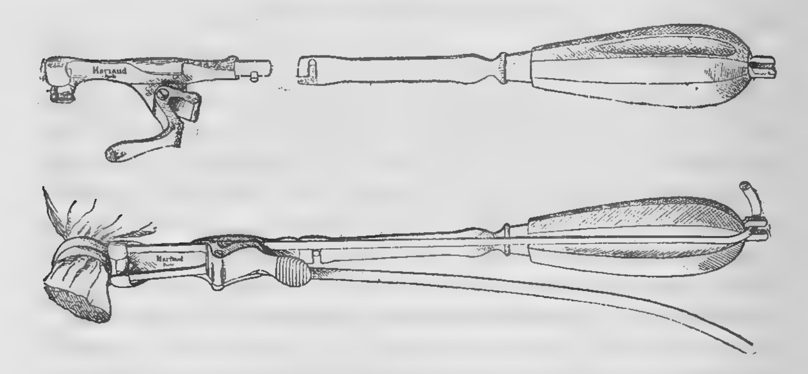
A propos du procès-verbal.

M. Pozzi. Dans la dernière séance, M. le professeur Trélat a présenté de la part de M. Segond une *pince fixatrice pour la ligature élastique*. Les considérations dont l'auteur accompagnait cette présentation tendaient à faire ressortir l'avantage de ce nouvel instrument sur mon *ligateur*. Qu'il me soit permis d'y répondre très brièvement. Je commence par me féliciter du chemin parcouru par les chirurgiens français dans la voie de la ligature élastique des pédicules utérins depuis deux ans. Lorsque j'attirai pour la première fois votre attention sur ce perfectionnement important, le 23 novembre 1883, ma communication fut accueillie avec froideur et presque avec défiance par ceux de mes collègues qui s'occupent plus spécialement de chirurgie abdominale. Aujourd'hui, tous ou presque tous l'emploient. Mon *ligateur* est hautement adopté et prôné par des hystérotomistes de la valeur de Kœberlé et de Thiriar.

Ce n'est pas que j'attache moi-même une importance exagérée à mon instrument. Je n'hésite même pas à dire que son emploi n'est que rarement *nécessaire*. Une simple pince longue (modèle Terrier) ou une forte pince à mors plats et coudés (comme celle qu'emploie Hégar et que je vous montre), ou encore une pince à mors fenêtrés et dentelés, comme le modèle construit par M. Mariaud, suffisent à assurer d'une manière immédiate et provisoire la fixité du lien élastique, qu'on peut ensuite lier à loisir. Toutes les *pinces sont bonnes, pourvu qu'elles soient assez fortes*. J'ajoute que les meilleures sont celles dont les mors sont coudés sur le manche, car elles embarrassent moins le champ opératoire; c'est le cas de la pince de Hégar. Mais mon instrument permet d'opérer avec une rapidité et une sûreté beaucoup plus grande dans la profondeur de l'excavation pelvienne. Un inconvénient de toutes ces pinces est leur volume encombrant. L'avantage de celle de M. Segond est d'être formée de deux parties pouvant se démonter, comme mon ligateur. Mais qu'il me soit permis d'ajouter que le mécanisme de ce démontage est tel que la propreté parfaite de l'instrument paraît difficile à entretenir, inconvénient que j'ai évité par le système en baïonnette de mon instrument.

Si l'avantage de la pince de M. Segond est de pouvoir se démonter, j'ajoute que c'est le seul à mes yeux, et il l'achète au prix d'un maniement bien plus compliqué que celui des pinces ordinaires, qu'on peut employer au même usage.

Enfin, je ferai remarquer que mon ligateur demeure jusqu'ici le seul instrument avec lequel le chirurgien puisse appliquer seul et sans le secours d'un aide la ligature élastique. Quand on se sert de



pinces (quelles qu'elles soient), il faut un aide pour appliquer la pince tandis que le chirurgien maintient en place le lien constricteur.

Depuis que je vous ai présenté mon instrument, en 1883, je lui ai fait subir des perfectionnements notables qui en rendent l'emploi beaucoup plus pratique. Je me borne à renvoyer à la description que j'en ai donnée dans les *Comptes rendus du congrès de chirurgie*, p. 537.

Une dernière remarque répondant à une dernière objection. Il est très facile avec mon ligateur d'employer des tubes ou cordons de caoutchouc de 8 ou 10 millimètres de diamètre. Je continue pourtant à trouver suffisants ceux de 5 millimètres ; mais je recommande de faire toujours *deux tours*, ce qui fait plus que doubler l'énergie de la constriction. L'hémostase ainsi obtenue est parfaite.

Rapport.

Sur un cas de trépanation du crâne pour fracture ancienne, par M. Routier, *suivi d'une observation de trépanation pour une autre fracture ancienne,*

Par M. Just Championnière, rapporteur.

Messieurs, j'ai tant de fois plaidé devant vous la cause de la trépanation du crâne, tant insisté sur son innocuité, que je ne veux pas vous faire un long rapport aujourd'hui ; je me contenterai d'arrêter un instant votre attention sur des faits très curieux à propos d'un

cas très intéressant de notre jeune collègue des hôpitaux M. Routier. Il s'agit d'un fait d'intervention pour une fracture du crâne ancienne (quatre ans), chez un individu qui présentait des troubles tardifs de compression et d'irritation cérébrale (accès épileptiformes, pertes de connaissance, douleurs, fatigue extrême). Voici cette observation :

Fracture ancienne du crâne avec enfoncement. — Accès épileptiformes. — Trépanation quatre ans après. — Guérison, par M. A. Routier, chirurgien des hôpitaux.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un homme de 30 ans, employé au chemin de fer de l'Ouest, entré le 14 septembre 1885 à l'hôpital Laënnec, pour s'y faire traiter de maux de tête très violents et d'accès épileptiformes qui le tourmentent depuis deux ans environ. C'est ce qui vous explique comment il entre tout d'abord dans un service de médecine ; mais la cause de ses crises paraissait si bien en rapport avec un traumatisme antérieur du crâne, dont il portait, du reste, les traces, que le malade fut de suite évacué dans le service de M. le Dr Nicaise, où je le trouvai, quand j'eus l'honneur de le remplacer.

Voici, en quelques mots, l'histoire de ce malade :

Disons d'abord qu'au point de vue de ses antécédents héréditaires nous avons vainement cherché, tant au point de vue de la syphilis, que du tubercule ou de l'épilepsie. Il s'est lui-même très bien porté jusqu'au mois de juillet 1881. A cette époque, pris entre deux trains, il fut à peu près mutilé. Aussitôt après son accident, il fut transporté à l'hôpital de Versailles. C'était la nuit; le lendemain matin, M. le Dr Leroux lui amputa le bras gauche au tiers moyen, et la jambe droite au tiers supérieur.

Il avait, en outre, une plaie du cuir chevelu avec fracture du crâne ; on pansa la plaie, sans faire aucune intervention du côté du squelette.

Les amputations ont mis environ trois mois à guérir; quant à la plaie de tête, le cuir chevelu se réunit très vite, mais il resta au centre une fistule qui donna du pus pendant deux ans, sans qu'il soit sorti de fragments osseux.

Le malade raconte que son accident lui est arrivé vers 10 heures et demie du soir, et qu'il passa la plus grande partie de la nuit sans connaissance ; mais le lendemain, quand on l'amputa, il avait bien repris ses esprits, pouvait parler, et n'était paralysé d'aucun côté.

Voici où son histoire commence à nous intéresser plus directement. La fistule qui succéda à sa plaie de tête dura deux ans, elle s'est tarie vers la fin de l'année 1883.

Huit jours après que la fistule a été fermée, le malade a commencé à ressentir des douleurs très vives partant du niveau de sa cicatrice et irradiant en avant et en arrière ; ces douleurs spontanées et indépendantes des diverses occupations du malade se montraient par crises,

plusieurs fois par vingt-quatre heures, et lui rendaient la vie très pénible.

Au commencement de mai 1885, sans que rien lui eût annoncé ce qui allait se passer, le malade, qui se rendait à son poste, tomba dans la rue, perdit connaissance, et quand il revint à lui, au bout d'un quart d'heure, sa main droite et tout le membre droit étaient contracturés. Cette contracture dura environ deux heures.

Or, la cicatrice consécutive à sa plaie de tête siège sur le côté gauche du crâne, à la réunion du frontal et du pariétal gauche.

Depuis cette époque jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital, le 14 septembre 1885, nous comptons quatre attaques à peu près semblables à la première, mais sans contractions persistantes.

Nous notons la continuité de ses douleurs entre les crises, si bien que, ne pouvant même plus remplir les fonctions de gardien d'une porte qu'on lui avait confiée à la gare, il vint réclamer un soulagement.

Quand j'ai eu l'honneur de remplacer M. le Dr Nicaise, je trouvai ce malade couché au n° 20 de la salle Malgaigne. Depuis vingt-cinq jours environ il était en observation ; ses douleurs de tête étaient tellement vives qu'il ne dormait plus, il était comme hébété, passant ses journées la tête enfouie dans son oreiller.

L'examen des yeux, des oreilles, de la langue, de l'état de la sensibilité et de la mobilité des membres ne nous fit rien découvrir de particulier.

L'apyrexie était complète, le pouls battait environ soixante-quatre fois par minute.

Voici quel était l'aspect de la cicatrice.

Sur le côté gauche du crâne, à 3 centimètres 1/2 de la ligne médiane, à 8 centimètres 1/2 au-dessous du rebord orbitaire gauche, on trouvait une cicatrice déprimée en godet où on pouvait loger l'extrémité du petit doigt ; la pression exercée de cette façon était, notons-le en passant, un peu douloureuse.

Ce godet avait environ 8 ou 10 millimètres de profondeur, et 2 centimètres de diamètre au niveau de ses bords.

De ce centre partait une longue cicatrice linéaire courbe à concavité inférieure, ayant 8 centimètres de long.

Les téguments libres au niveau de cette cicatrice paraissaient fortement adhérents dans le fond du godet : quand on explorait les bords de la dépression, il semblait que l'os, à ce niveau, fût lisse et uni, il était fort difficile de se rendre compte de la consistance du fond de la cicatrice, il fallait pour cela se servir d'un corps mousse et étroit ; de cette façon on acquérait la conviction qu'il y avait de l'os au fond de la dépression.

Le malade réclamait énergiquement une intervention qui le débarrassât de ses douleurs et lui permît de reprendre son poste : reprenant l'idée qu'avaient eue successivement M. le Dr Ferrand, dans le service duquel il était d'abord entré, et M. le Dr Nicaise, qui l'avait vu avant de s'absenter, je proposai au malade la trépanation, qu'il accepta.

Le 17 novembre dernier (1885), toutes les précautions antiseptiques étant prises, et le malade chloroformé, je pratiquai une incision en S en laissant dans sa courbe antérieure la cicatrice déprimée, de manière à découvrir l'enfoncement osseux, et à pouvoir appliquer une couronne de trépan entre cette dépression et la ligne des centres, fort en arrière du reste, si on se rappelle les mensurations que j'ai signalées à propos de la cicatrice.

Quelques artérioles cutanées furent forcipressurées ; l'hémostase étant faite, je dénudai le crâne ; le détachement de la cicatrice fut pénible, elle adhérait fortement au fond du puits osseux et contenait des particules noires. Les bords de l'enfoncement osseux sont lisses, nulle part sur le pourtour on ne voit de trace pouvant rappeler une fêlure ancienne ; notons que l'accident date de 5 ans.

La couronne de trépan est appliquée en arrière de ce puits osseux, presque tangente à sa circonférence ; la poussière osseuse est enlevée au fur et à mesure par une irrigation phéniquée.

Bientôt, la section de l'os est totale dans le tiers postérieur de la circonférence ; malgré cela, mes tentatives d'extraction de la rondelle avec le tire-fond restent infructueuses ; enfin, je puis l'arracher, mais en laissant en place le quart de la lame interne de la rondelle, qui cache le quart antérieur du trou obtenu. J'avais un peu entamé la dure-mère en arrière.

Il est facile de voir aussitôt, et je le fais constater à mes internes, que le cerveau, ou tout au moins la dure-mère est comprimée en avant.

Prenant alors la gouge et le maillet, je fais tout autour de la dépres. sion osseuse, en partant des bords de la couronne de trépan, un sillon que je creuse surtout en avant de l'ancienne cicatrice, de sorte qu'à un moment donné je me trouvais avoir un trou en arrière de la dépression osseuse, produit par une couronne de trépan, un autre en avant, fait à la gouge, la cicatrice osseuse restant comme un pont entre les deux orifices ; alors surtout nous avons pu voir les compressions produites par l'enfoncement et l'épaississement osseux : et du reste, dès que j'ai eu fait sauter ce pont osseux, nous avons vu la dure-mère reprendre sa convexité normale.

La dure-mère était adhérente et incluse dans le fond de la cicatrice osseuse: je l'ai éraillée en faisant sauter le morceau d'os. J'avais ainsi fait au crâne un trou de forme ovale à grand diamètre antéro-postérieur mesurant 5 centimètres et demi sur 4 centimètres de large. Sur toute cette surface, la dure-mère avait franchement repris sa convexité ; il ne semblait pas que les bords de l'orifice déprimassent cette membrane. Je crus donc devoir m'arrêter.

Avec le couteau lenticulaire, j'égalisai tout le pourtour de l'orifice, et je pus constater que dans toute la partie qui bornait le trou, sauf tout à fait en arrière, le diploé n'existait pas ; l'os était partout compact et présentait les épaisseurs suivantes :

En arrière, sur la partie postérieure de ma couronne de trépan, 3 millimètres un quart ;

En avant et en dedans, 18 millimètres ; entre ces deux extrêmes, toutes les séries décroissantes, avec moindre épaisseur en dehors. Ces mesures ont été prises très exactement au moment de l'opération.

Puis, je suturai la plaie au crin de Florence, en laissant sortir un gros drain par l'angle postérieur de la suture, et je fis un pansement avec de la gaze iodoformée, quelques tampons de charpie de bois au sublimé, le tout recouvert par de la gaze de Lister et du Macintosh.

Deux jours après, je supprimais le drain, tout allait très bien, la température n'avait pas dépassé 37°,6; nous gagnions le 5e jour après l'opération, lorsque subitement, le 21 novembre, à 3 heures et demie du soir, le malade perd brusquement connaissance et présente des mouvements convulsifs dans les muscles de la face; cet état dura dix minutes, puis il revint complètement à lui ; il expliqua à M. Le Roy, interne du service qui faisait sa contre-visite et qui avait assisté à son attaque, qu'il avait eu une petite douleur au niveau de son ancienne cicatrice.

Il ne se doutait nullement de ce qui venait de lui arriver. Malgré cela, l'état général restait bon, la température ne montait pas, et le 23 novembre, sept jours après l'opération, je pouvais enlever les crins de la suture et constater l'existence d'une réunion parfaite et totale. Depuis ce moment, jusqu'au 28 novembre, le malade, qui s'était enrhumé, toussait un peu et chaque fois ressentait une douleur vers la région trépanée ; mais, disait-il, cette douleur ne ressemblait nullement à celle qui lui avait fait accepter notre opération, et ne persistait pas après les quintes de toux.

Depuis cette époque nous avons gardé le malade dans le service pour le surveiller ; il se trouve très bien, n'a plus la moindre douleur, a repris un air gai et animé, et veut reprendre son poste; malheureusement, ce matin 20 janvier 1886, il a eu une hémoptysie. Quand on examine la région sur laquelle a porté notre opération, on voit une large dépression à bords inclinés, dont le fond est dur au toucher ; la pression en ce point ne provoque aucune douleur, la cicatrice est absolument immobile, et aucunement influencée par les divers mouvements que peut faire le sujet.

L'excellent résultat de notre première trépanation nous a engagé à publier l'observation.

J'ai beaucoup engagé M. Routier à pratiquer cette opération dont il m'avait parlé et à vous la présenter. Ce ne sont pas en effet des cas très communs que ceux de ces accidents tardifs, où on est intervenu par la trépanation. Ils démontrent deux choses, d'abord l'innocuité d'une opération chargée, il y a peu de temps encore, de tous les anathèmes par la chirurgie bien pensante. Ils démontrent aussi ce fait assez singulier que, même dans les cas où l'opération ne trouve pas de lésion bien nette à détruire, elle soulage le malade.

Dans une opération très curieuse signalée il y a plusieurs années par Lister, ce maître avait opéré un homme ayant conservé une

douleur localisée à la suite d'une fracture du crâne. M. Lister ne trouva rien, blessa même le sinus longitudinal supérieur ; arrêta l'hémorrhagie par un ingénieux tamponnement au catgut ; le malade guérit et resta délivré de sa douleur.

J'ai observé à l'hôpital Tenon un fait qui n'est pas moins instructif que celui que M. Routier a suivi et qui l'a certainement encouragé dans son excellente tentative chirurgicale. Voici le résumé de l'observation, et je vous présente le sujet.

Fracture du crâne ancienne (26 ans). — *Phénomènes douloureux.* — *Accidents cérébraux.* — *Trépanation.* — *Guérison.* — Service du Dr Championnière, hôpital Tenon.

Le nommé Denamur, coupeur en chaussures, âgé de 39 ans, salle Nélaton, présentant tous les attributs d'une bonne constitution, a fait à l'âge de 14 ans une chute d'un arbre, qui a déterminé une fracture du crâne avec une déformation considérable à l'union de l'occipital et des pariétaux. Il y a eu là un chevauchement assez considérable dont on trouve les restes.

Engagé volontaire à 19 ans, il a été réformé après une perte brusque de connaissance, la première depuis son accident.

A ce moment, cinq ans après la chute, il commence à ressentir des douleurs dans la région. Le malade a constamment une douleur et une sensibilité extrême de la tête. Puis, en outre, il a de véritables crises de céphalalgie. Le moindre choc, l'exposition au soleil, les provoquent. Il y a des instants où il n'ose pas tourner la tête. Depuis quelque temps les vertiges se multiplient et lui rendent le travail difficile.

Ne trouvant pas au début une intervention chirurgicale suffisamment justifiée par ces signes, M. Championnière le soumet d'abord à l'administration du bromure de potassium à dose élevée. Un peu d'amélioration se produit d'abord ; le malade quitte l'hôpital et continue le traitement chez lui.

Puis les accidents renaissent de plus belle, et, six mois plus tard (6 septembre 1885), il se présente à nouveau, demandant si on peut faire quelque chose pour lui.

M. Championnière décide de trépaner sur le foyer de la fracture, un peu à gauche de la ligne médiane ; il pense trouver de la compression ou quelque phénomène d'adhérence méningée.

Le 15 octobre 1885, le malade étant chloroformé sous la pulvérisation phéniquée, M. Championnière pratique la trépanation. L'application d'une première couronne de trépan est un peu laborieuse, vu la grande épaisseur des os et l'irrégularité créée par leur chevauchement. La couronne enlevée, M. Championnière ne trouve rien de particulier, sauf un certain degré d'adhérence de la dure-mère à l'os. Il place une deuxième couronne de trépan en dehors de la première, fait sauter avec la pince-gouge un pont osseux de plusieurs millimètres qui les sépare. Avec le même instrument, il agrandit l'ouverture ; puis le couteau len-

ticulaire est passé tout autour, de façon à décoller largement la dure mère à la périphérie de l'ouverture. Cela fait une brèche osseuse considérable.

Suture de la peau, drainage.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Le 30 octobre, au quatrième pansement, la plaie est complètement cicatrisée.

Voici dans quel état il se présente à vous. Il est opéré depuis cinq mois. Les douleurs n'ont pas reparu, il peut travailler comme par le passé. Il a présenté quelques douleurs dans le cou, mais peu importantes; la sensibilité de la région, les vertiges ont disparu.

Au niveau de la plaie opératoire, il y a une dépression considérable où le doigt pourrait être enfoncé. Malgré cela, on ne perçoit aucun battement du cerveau.

Ne lui reviendra-t-il rien, cela est bien difficile à affirmer, quoiqu'il y ait de bonnes chances pour cela, mais le soulagement a été tel que le malade est fort reconnaissant d'une opération dont les suites n'ont pas été pénibles.

J'ai pensé qu'il était intéressant de rapprocher ce fait de celui de M. Routier. Il en diffère au point de vue de l'ancienneté de la lésion. Il y avait aussi un certain vague dans les accidents, et en réalité il est bien difficile, même aujourd'hui, de préciser le mécanisme de la cure. Mais tous deux démontrent la facilité de l'intervention et son innocuité telle qu'il est bien permis de risquer l'opération, même si on redoute un insuccès.

Pour ma part, je crois fermement qu'une trépanation du crâne est une opération sans gravité aucune et que nous sommes en train de revenir à son emploi rationnel.

Mais je veux laisser de côté cette généralisation des applications de la trépanation, ne désirant parler aujourd'hui que de l'intervention dans les fractures anciennes. Si nous avons réussi, aussi insuffisamment guidés, l'intervention est bien plus facile à accepter dans beaucoup de cas où les accidents sont plus nets et surtout toutes les fois que des accidents paralytiques nous montrent le chemin des localisations cérébrales. Il n'est pas inutile, du reste, d'ajouter qu'une intervention un peu rapide épargnera au blessé des années de souffrances, et lui donnera des chances de guérison plus parfaite. Au début de ce rapport j'ai placé en entier l'observation de M. Routier, très courte du reste; je crois sa publication fort intéressante.

Je demande à la Société d'adresser des remerciements à l'auteur.

Discussion.

M. Verneuil. Je suis pleinement de l'avis de M. Championnière; je ferai, moi aussi, la trépanation dans les cas semblables. J'ai

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 40.4.86. *Le Gérant :* G. MASSON.

revu ces jours-ci un jeune homme que j'avais examiné en 1878 une première fois. Il avait reçu, deux ans auparavant, sur la tête un madrier, qui lui avait presque broyé le frontal et lui avait laissé une brèche à fourrer le doigt. Malgré cette difformité considérable, il n'avait pas éprouvé le moindre trouble depuis la guérison de sa blessure. Cependant, en 1881, pour la première fois, il éprouve des crises ressemblant à l'épilepsie traumatique ; il était pris de convulsions, devenait violacé, la respiration était haletante, et il éprouvait en un point large de cinq centimètres, sur la cicatrice même, de très vives douleurs. J'ai revu ce jeune homme il y a peu de jours; les accès semblaient plus fréquents et plus sérieux, et je n'ai pas hésité à dire à la famille que puisque les accès étaient plus longs et plus graves, il fallait intervenir. Le jeune homme a refusé toute intervention active. Le médecin à son sujet m'écrivit; il avait trouvé, disait-il, au moment de la fracture, l'os enfoncé, il avait relevé la pièce enfoncée, mais il n'avait pu relever la circonférence, qui présentait une certaine inclinaison vers le centre de la fracture. Il s'était échappé beaucoup de sang par la blessure et aussi de la substance cérébrale ramollie. Si l'on faisait ici la trépanation, comme je le propose à la famille, il faudrait s'attendre à trouver sous la cicatrice la substance cérébrale même; on peut légitimement espérer qu'elle pourra encore une fois suffire aux frais de la réparation.

En attendant une solution, je recommande au jeune homme l'emploi de légers purgatifs, aloès, par exemple, et du bromure de potassium.

Quant aux indications de la trépanation, il faut faire une distinction à mon sens très importante entre la trépanation pour les lésions chroniques et la trépanation pour les traumas récents. Parmi ces derniers, ceux qui paraissent le mieux se trouver de l'intervention opératoire, sont ceux qui sont tangents à la surface cérébrale.

M. Maurice Perrin. Je trouve que M. Lucas-Championnière pousse un peu trop loin l'amour de la trépanation. Sans doute, cette dernière n'est pas une opération bien grave ; mais encore faut-il qu'elle réponde à une indication qui paraisse la rendre nécessaire. Pour lui, si je ne me trompe, il y aurait lieu d'y recourir chaque fois qu'après une fracture du crâne il se produit, soit immédiatement, soit tardivement, des troubles nerveux persistants, tels qu'une hémiplégie, une aphasie, des crises épileptiformes, etc. Et il cite, à l'appui de cette opinion, un nouveau fait de fracture du crâne suivi d'accidents tardifs et qui furent supprimés par la trépanation.

A côté de ce fait intéressant de guérison après trépanation, qu'il me permette d'en citer un autre tout à fait similaire dans lequel la guérison fut obtenue sans opération.

Pendant le bombardement de Paris, un infirmier fut frappé pendant ma visite du matin par un éclat d'obus qui lui brisa le crâne sans enfoncement de la paroi... une simple fêlure. Les suites de cette blessure furent simples, et ce militaire, devenu libre, entra au service de la compagnie d'Orléans.

Longtemps après, des crises épileptiformes se déclarèrent, puis bientôt se multiplièrent au point de rendre tout travail impossible. Il vint me retrouver. Je lui prescrivis le repos et un traitement par le bromure de potassium à la dose de 4 à 6 grammes par jour. Les crises devinrent de moins en moins fréquentes et de moins en moins violentes. Au bout de six mois elles avaient disparu. Cet homme reprit son travail. Un an plus tard, reproduction des mêmes accidents : reprise du même traitement, à la suite duquel ce blessé est resté guéri définitivement. Si j'avais trépané, je n'aurais pas hésité à attribuer ce succès à mon intervention, et je me serais trompé. L'ayant tiré d'affaire sans cela, ne suis-je pas autorisé à croire qu'il en eût été de même pour le trépané de M. Lucas-Championnière, qui fut assez heureux pour guérir à la fois et de ses accidents et de son opération.

Les faits de ce genre ne sont pas très rares. La reprise de Paris pendant la Commune m'a fourni l'occasion d'en observer un second. Un soldat d'infanterie, détaché comme servant auxiliaire dans une batterie d'artillerie, reçut du même coup deux blessures graves. Un éclat d'obus lui avait fracturé le crâne et un second lui avait broyé le bras droit à sa partie supérieure. On me l'apporta à l'ambulance dans un état de stupeur profonde, inerte et presque sans vie. Je le croyais voué à une mort très prochaine. Cependant, comme il perdait beaucoup de sang par sa blessure du bras, je me mis en devoir de lui désarticuler l'épaule pour ne pas le voir succomber sous mes yeux à une hémorrhagie en nappe irrémédiable. De la fracture du crâne, il ne fut pas question. Les choses s'arrangèrent au mieux. La désarticulation —qui figure dans la statistique que j'ai eu l'honneur de produire à cette tribune, il y a un certain nombre d'années, eut une marche des plus régulières pendant que les effets immédiats de la commotion cérébrale se dissipaient. Au 10e jour, il ne restait plus qu'une aphasie traumatique très nettement caractérisée et une hémiplégie incomplète. C'était bien le moment de pratiquer une trépanation !... Je laissai aller les choses. Au 40e jour, mon pauvre artilleur d'occasion était guéri à la fois et de sa fracture du crâne et de sa désarticulation.

Qu'il me soit permis de rappeler un troisième fait tout à fait

semblable que j'avais observé pendant le siège de Sébastopol, et qui se trouve relaté dans la discussion sur la trépanation soulevée en 1867 à la Société de chirurgie.

Éclairé par ces faits, je pense qu'en dehors des cas de fracture du crâne compliqués d'un enfoncement de la paroi qui représente une cause manifeste de compression, il y a lieu de réserver la trépanation pour combattre les complications primitives ou consécutives qui paraissent justiciables du trépan et menacent directement l'existence, lorsque l'inefficacité des autres moyens de traitement la rendent nécessaire.

M. Verneuil. Lorsque j'ai proposé la trépanation pour mon malade, je faisais toutes mes réserves sur la trépanation, en général, immédiatement après les traumatismes du crâne. Comme exemple à l'appui de ces réserves, je citerai l'observation du fils de mon éminent ami, M. Brown-Séquard. Ce jeune homme, alors en Amérique, reçut sur la tête une pierre; s'il m'en souvient, les médecins qu'il consulta voulurent le trépaner, il s'y refusa et vint en Europe. Je le vis à son retour, il avait quelques accidents cérébraux légers, qui se dissipèrent parfaitement avec le bromure de potassium.

Dans le cas dont je parlais il y a quelques instants, mon malade avait eu des accidents très tardifs et très sérieux ; le bromure de potassium avait été employé sans succès; sans être téméraire, je crus pouvoir conseiller la trépanation. Certainement, l'épilepsie traumatique peut, dans certains cas, guérir sans trépanation, mais lorsque les accidents sont rebelles à la thérapeutique, lorsqu'ils sont pressants, il faut avoir recours à la trépanation.

M. Perrin. Pour mon compte, je ne la crois indiquée que lorsque les accidents épileptiformes menacent l'existence.

M. Championnière. Je suis heureux de voir M. Verneuil soutenir la même doctrine que moi; plus tard peut-être la trépanation préventive, que je soutiens, comme la trépanation tardive, verra-t-elle aussi se rallier à elle la majorité des chirurgiens. Mais laissons de côté cette question de la trépanation, en général, pour ne voir que la trépanation tardive pour les suites ultérieures des traumatismes anciens, et en particulier l'épilepsie traumatique; je ferai remarquer que ce n'est pas à l'aventure que j'ai trépané mon malade; je l'ai suivi pendant 9 mois : il a pris successivement du bromure et de l'iodure de potassium, bien qu'il ne fut pas syphilitique.

M. Perrin me fait une critique que je ne saurais accepter. Il n'est pas exact de dire que les améliorations puissent tenir à l'action du

temps ou des remèdes, comme dans les cas qu'il signale. Les faits que j'ai mis en relief dans mon rapport sont absolument en contradiction avec cette manière de voir.

Pour mon opéré, je l'ai suivi pendant neuf mois; je l'ai eu d'abord deux mois dans mon service. Il a suivi tous les traitements, même un traitement antisyphilitique complet, bien qu'il ne fut pas syphilitique.

Après avoir présenté un peu d'amélioration, il avait eu ses accidents renouvelés, aggravés, devenus intolérables. C'est alors que je l'ai opéré, et ce n'est pas à la longue que l'amélioration s'est produite; elle a été *immédiate*. Auparavant, le moindre mouvement de la tête était horriblement douloureux. Quatre jours après l'opération, il retournait la tête en tous sens sur l'oreiller, sans le moindre sentiment douloureux. Guérison et opération sont donc termes absolument connexes.

Du reste, l'opération en elle-même est, je le répète, chose sans gravité. Avec les précautions antiseptiques, il n'y a aucune raison pour qu'elle soit plus grave que toutes les opérations pratiquées par nous chaque jour sur un tissu osseux, sans souci des complications.

C'est là ce qui encourage à pratiquer l'opération non seulement dans des cas à indications précises, pour des localisations très nettes, mais même lorsque les indications sont vagues, les lésions mal déterminées. C'est pour montrer les beaux succès que cette intervention un peu hardie pouvait fournir que j'ai rapproché les trois opérations étudiées dans ce rapport. Quant au cas de M. Routier, la conclusion a été très heureuse et le soulagement a immédiatement suivi l'opération.

Je vous propose donc d'insérer son travail dans vos *Bulletins*, et de voter, suivant l'usage, des remerciements à l'auteur.

Les conclusions de M. le rapporteur sont votées à l'unanimité.

Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année 1885,

Par M. F. Terrier.

Messieurs, selon mon habitude, j'ai l'honneur de vous soumettre la statistique des opérations faites dans mon service de l'hôpital Bichat pendant l'année 1885.

1° *Opérations sur les yeux* (38 opérations).

14 cataractes. — 9 succès opératoires et fonctionnels; — 1 demi-succès fonctionnel; — 2 oblitérations secondaires du champ pupillaire; — 2 suppurations de la cornée terminées par atrophie du globe.

9 iridectomies. — 9 guérisons et 8 succès fonctionnels.
2 iridotomies. — 1 succès et 1 insuccès ; la pupille n'a pas persisté.
2 opérations de Sæmisch. — 2 succès.
2 strabotomies. — 2 succès.
1 autoplastie palpébrale. — 1 succès.
6 ablations du globe. — 6 guérisons.
2 essais de greffe oculaire. — 2 insuccès.

2° *Opérations faites sur la tête et la face* (15 opérations).

1 épithélioma du pavillon de l'oreille (ablation). — 1 guérison.
1 cancroïde de la lèvre chez une femme (ablation). — 1 guérison.
4 cancers de la langue (ablation). — 3 guérisons et 1 mort de pneumonie.
1 fracture compliquée et suppurée de la mâchoire inférieure, suture des fragments après rugination. — 1 guérison.
3 kystes sébacés de la tête et de la face (ablation). — 3 guérisons.
1 kyste dermoïde du sourcil (ablation). — 1 guérison.
2 polypes du conduit auditif externe (ablation). — 2 guérisons.
2 plaies par balles de revolver (extraction). — 2 guérisons.

3° *Opérations sur le cou* (9 opérations).

2 abcès ganglionnaires (grattage et ablation). — 2 guérisons.
3 phlegmons profonds (ouverture). — 3 guérisons.
1 kyste sébacé de la région postérieure (ablation). — 1 guérison.
1 trachéotomie pour phlegmon du cou. — 1 guérison.
1 hypertrophie d'un lobe de la thyroïde (ablation). — 1 guérison.
1 goitre enflammé (ablation). — 1 guérison.

4° *Opérations faites sur le thorax et le sein* (17 opérations).

1 carie sternale (grattage). — Guérison incomplète (fistule).
1 gomme présternale (grattage). — Guérison.
2 pleurotomies antiseptiques pour pleurésies probablement tuberculeuses suppurées. — 2 guérisons.
1 lipome de la paroi thoracique de l'aisselle (ablation). — Guérison.
10 ablations de cancer du sein. — 9 guérisons et 1 mort d'accidents cérébraux.
1 tumeur fibro-kystique douloureuse du sein (ablation). — 1 guérison.
1 hypertrophie douloureuse de la mamelle chez un homme (ablation). 1 guérison.

5° *Opérations faites sur l'abdomen et l'intestin* (33 opérations).

1 gastrostomie pour cancer de l'œsophage et du cardia. — 1 succès opératoire ; l'opéré est mort d'épuisement ultérieurement.
3 hernies étranglées opérées : 1 ombilicale. — 1 mort de choc ; — 1 inguinale (femme). — 1 guérison ; — 1 inguinale (homme). — 1 mort de péritonite subaiguë au 7e jour.

1 éventration traumatique (incision et suture). — 1 guérison de l'éventration.
6 cures radicales de hernies inguinales. — 6 succès.
2 cures radicales de hernies de la ligne blanche (épigastrique et adombilicale). — 2 guérisons. Dans un de ces cas il y eut des accidents sérieux d'épiploïte.
1 sarcome de la paroi abdominale (ablation). — 1 guérison.
2 ablations de kystes hydatiques de la face inférieure du foie par laparotomie. — 2 guérisons.
1 incision d'un kyste hydatique du foie. — 1 guérison incomplète; il reste une fistule.
2 laparotomies avec enlèvement de cancers de l'épiploon et du mésentère. — 2 morts de péritonite suppurée.
5 incisions exploratrices pour tumeurs, cancers du péritoine ou des viscères, sans autre intervention. — 3 morts de péritonite et 2 guérisons de l'opération.
1 fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur, application de l'entérotome. — 1 guérison.
7 fistules anales. — 7 guérisons.
2 fissures anales (dilatation). — 2 guérisons.
1 ablation d'hémorroïdes (écraseur et thermo-cautère). — 1 guérison.

6° *Opérations sur les organes génitaux-urinaires de l'homme* (31 opérations).

2 uréthrotomies externes sans conducteur. — 2 guérisons.
8 uréthrotomies internes. — 7 guérisons. 1 mort au bout d'un mois de tuberculose.
4 castrations pour sarcocèle tuberculeux. — 4 guérisons.
4 castrations pour sarcome du testicule. — 4 guérisons.
7 opérations d'hydrocèle (procédé Defer). — 7 guérisons.
1 opération d'hydrocèle (injection iodée). — 1 guérison.
1 ouverture de vaginalite suppurée. — 1 guérison.
3 opérations de phimosis. — 3 guérisons.
1 opération de varicocèle (ligature et résection). — 1 guérison.

7° *Opérations sur les organes génitaux de la femme* (50 opérations).

21 ovariotomies complètes. — 14 guérisons. — 7 morts : 2 hémorrhagies; — 1 néphrite interstitielle; — 1 péritonite chronique suppurée au 20e jour; — 1 pleurésie avec énorme épanchement et 2 péritonites aiguës.
4 ovariotomies incomplètes. — 4 guérisons.
5 hystérectomies abdominales. — 1 guérison. — 4 morts : 1 mort d'étranglement interne au 8e jour; — 3 de péritonite.
2 opérations de Battey. — 1 guérison et 1 mort de péritonite.
1 éléphantiasis de la grande lèvre (ablation). — 1 mort de double pneumonie.

2 amputations du col (pour hypertrophie). — 2 guérisons.
2 amputations du col (pour cancer). — 2 guérisons.
1 ablation de polype utéro-folliculaire. — 1 guérison.
2 polypes fibreux (ablation à l'anse galvanique). — 2 guérisons.
4 périnéorrhaphies (déchirures incomplètes). — 4 guérisons.
4 hystérectomies vaginales. — 2 guérisons et 2 morts d'hémorrhagie et de péritonite consécutive.
1 cloisonnement du vagin. — 1 guérison.
1 kyste du ligament rond (ablation). — 1 guérison.

8° *Opérations sur les voies urinaires* (3 opérations).

3 néphrectomies. — 1 guérison [1]; — 2 morts. Une opérée [1] est morte épuisée le 18e jour; le second rein était malade. L'autre a succombé à l'urémie, le 2e rein était atrophié.

9° *Opérations sur le membre supérieur* (10 opérations).

1 amputation d'avant-bras. — 1 guérison.
2 désarticulations des doigts. — 2 guérisons.
1 évidement du cubitus. — 1 guérison.
1 ligature de l'artère radiale (plaie). — 1 guérison.
1 ligature de l'artère cubitale (plaie). — 1 guérison.
1 tumeur anévrysmale d'un doigt (incision et ligature). — 1 guérison.
1 lipome du deltoïde (ablation). — 1 guérison.
1 hygroma du coude (incision et grattage). — 1 guérison.
1 fistule ganglionnaire de l'aisselle (extirpation). — 1 guérison.

10° *Opération sur le membre inférieur* (17 opérations).

2 amputations de cuisse pour tumeurs blanches. — 1 guérison; — 1 mort de tuberculose. L'opérée, guérie, a succombé à la tuberculose aiguë, peu après sa guérison.
1 abcès froid péri-fémoral (grattage). — 1 guérison.
1 kyste sébacé de la cuisse (ablation). — 1 guérison.
1 évidement du tibia. — 1 guérison.
2 synovites tendineuses (ouverture et grattage). — 2 guérisons.
2 hygromas du genou (extirpation). — 2 guérisons.
1 hydarthrose chronique (injection phéniquée). — 1 guérison.
1 amputation du gros orteil. — 1 guérison.
1 amputation du deuxième orteil. — 1 guérison.
5 ongles incarnés. — 5 guérisons.

En résumé, sur ces 223 opérations, on peut dire que plus de 100 sont sérieuses, puisque l'on compte parmi elles 25 ovariotomies, 5 hystérectomies par la voie abdominale, 4 hystérectomies par la

[1] Ces observations, dues à M. Trélat, ont été publiées dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*.

voie vaginale, 2 opérations de Battey, 3 néphrectomies, 7 laparotomies exploratrices, 2 laparotomies pour ablation de kyste du foie et 2 amputations de cuisse (en tout 50 opérations très graves).

Or, nous avons à enregistrer 28 décès, dont voici l'analyse :

1° Un cancer de la langue et du plancher buccal, mort de pneumonie au 8e jour ;

2° Un cancer du sein, mort d'accidents cérébraux vers le 8e jour, la température maxima avait été 38°,5 ;

3° Deux hernies étranglées. L'une, ombilicale, opérée par notre collègue et ami M. Bouilly, est morte de shock le soir même de l'opération ; l'autre, inguinale, étranglée depuis quatre jours, opérée par moi, est morte au 7e jour, de péritonite suppurée subaiguë ;

4° Cinq laparotomies exploratrices ont déterminé la mort par péritonite. Dans deux cas on avait enlevé des portions de cancers ; dans trois, il s'agissait de tumeurs malignes de l'abdomen et du péritoine ;

On sait que dans ces circonstances la moindre tentative d'intervention offre une grande gravité, malgré les précautions antiseptiques, rigoureuses, ce qui, soit dit en passant, pourrait plaider en faveur de la théorie microbienne du cancer ;

5° Un malade tuberculeux très avancé a été opéré d'uréthrotomie interne avec succès et est mort un mois après, de sa tuberculose ;

6° Des sept ovariotomies qui ont succombé, deux sont mortes de péritonite suppurée ; deux d'hémorrhagies (l'une après l'opération, l'autre au 6e jour) ; une de néphrite (il y avait de l'albumine dans les urines) ; une de péritonite chronique suppurée, au 20e jour ; enfin une de pleurésie avec énorme épanchement ;

7° Des quatre hystérectomies qui ont succombé, trois sont mortes de péritonite suppurée ; une (opérée de M. Richelot) était considérée comme guérie, lorsqu'elle fut prise, au 6e jour, d'accidents d'étranglement interne, vérifiés par l'autopsie ;

8° L'opération de Battey, faite pour combattre les accidents d'un fibrome énorme, a succombé à une péritonite ; l'opération avait été fort pénible ;

9° Les deux hystérectomies vaginales, dont les observations ont été publiées par mon collègue Richelot et par moi, sont mortes d'hémorrhagie, avec péritonite consécutive ;

10° Dans l'une des néphrectomies, faite par M. le professeur Trélat, la malade mourut d'épuisement au 18e jour. Dans l'autre, pratiquée pour un rein mobile, il survint des accidents urémiques, le rein étant atrophié et malade ;

11° La malade atteinte d'éléphantiasis de la grande lèvre avait en outre des lésions rectales et un rétrécissement très accusé. Elle succomba à une double pneumonie ;

12° Enfin l'amputé de cuisse n'eut pas le temps de se cicatriser, vu l'état général, sa tuberculose pulmonaire marchant avec une grande rapidité. Il s'agissait d'une tumeur blanche due à une synovite tuberculeuse du genou.

Comme on le voit, sauf les cas de péritonite, que théoriquement on peut considérer comme des lésions infectieuses, aucun de mes opérés n'a succombé à des accidents septicémiques, dans lesquels je fais rentrer même l'érysipèle.

D'ailleurs, dans toute l'année, je n'ai observé qu'un seul cas d'érysipèle postopératoire, chez un sujet entré dans le service avec une plaie mal soignée et infectée. Cet érysipèle fut du reste très bénin.

Discussion.

M. Monod. Je demanderai à M. Terrier si, dans le cas de mort à la suite d'ablation de la langue, le malade est mort de pneumonie franche *a frigore* ou de pneumonie double septique.

M. Terrier. Un de mes malades est mort de shock : ce terme est bien vague actuellement ; j'ai eu moi-même l'occasion de le voir : une de mes malades est morte récemment d'une hernie étranglée presque aussitôt après l'opération ; on aurait pu dire qu'elle était morte de shock. Cependant à l'autopsie il y avait un œdème cérébral et des lésions sérieuses des reins, mais l'urgence m'avait fait passer outre.

Le malade mort à la suite d'ablation du cancer de la langue est mort de broncho-pneumonie simple. Je n'ai pu considérer cette pneumonie comme infectieuse, car le malade a été atteint au 10e jour de l'opération. Je ne puis davantage la considérer comme pneumonie *a frigore*. Je crois avoir eu affaire tout simplement à la broncho-pneumonie des vieillards.

Je reviens sur l'action du froid pour rappeler qu'à Alfort on a fait des expériences peu connues et qui ont une réelle importance.

On a exposé à un froid de 7 degrés, au coin d'un vieux bâtiment, par un fort courant d'air, un lot de vieux chevaux qu'on devait abattre pour les exercices anatomiques. Aucun d'eux ne fut malade et l'ont put vérifier à l'autopsie la complète intégrité des poumons.

Quant au malade qui est mort de shock, je ne l'ai pas vu, c'est un de mes collègues qui l'a opéré, et à l'autopsie on n'a trouvé que de la congestion pulmonaire.

Présentation de malade.

M. Graverry présente, au nom de M. Després, un malade qui a une fracture de la rotule consolidée par un cal osseux en 31 jours.

Voici le fait :

Le nommé Rabé Auguste, âgé de 58 ans, exerçant la profession de menuisier, travaillait dans les magasins du Louvre, le 8 février dernier, lorsqu'il buta du pied gauche contre une traverse de bois haute de 22 centimètres environ. Il en résulta une chute dans laquelle le genou porta contre le sol de l'autre côté de la traverse, le genou étant dans la flexion forcée.

Le malade ne put se relever et encore moins marcher, à cause de la douleur qu'il éprouvait. Il fut immédiatement amené à l'hôpital; il était cinq heures du soir.

L'interne de garde constata une fracture transversale de la rotule et une crépitation des plus nettes.

Le lendemain, en effet, malgré un énorme épanchement articulaire survenu pendant la nuit, M. Després put encore constater la crépitation, en cherchant à rapprocher les fragments osseux. Il existait une fracture transversale, avec un fragment supérieur plus étendu que l'inférieur, séparés l'un de l'autre par un écartement d'à peine un centimètre.

M. Després fit de la compression ouatée sur toute la longueur du membre et suspendit celui-ci au moyen d'une bande passée sous le talon et attachée par ses chefs aux barres supérieures du lit.

Le lendemain, 10 février, M. Després fit resserrer l'appareil et continuer la suspension.

Le 11 février, 3e jour de la fracture, M. Després fit appliquer un appareil silicaté par-dessus l'appareil compressif, depuis les malléoles jusqu'à la racine de la cuisse, et supprima la suspension du membre.

Le 18 février, 7 jours après l'application de l'appareil silicaté et 9 jours seulement après la fracture, le malade se levait et marchait sans béquilles.

M. Després fit enlever l'appareil le 11 mars, par conséquent 31 jours après la fracture ; l'appareil n'avait été appliqué que pendant 29 jours. Il constata alors une consolidation osseuse des deux fragments de la rotule. Au niveau du cal, on ne sent qu'une petite rainure et il n'y a pas de mobilité.

Si l'on avait appliqué, dans ce cas, des griffes, des plaques de gutta-percha, ou même si l'on avait pratiqué la suture de la rotule, il est probable, pense M. Després, que l'on aurait rapporté ce bon résultat à ces différents modes de traitement.

M. Després a présenté, l'année dernière, à la Société de chirurgie, un cas absolument semblable avec pièce à l'appui. (Séances du 11 mars et du 1er avril 1885.)

Dans les deux cas, le mode de traitement employé par M. Després a été le même.

Discussion.

M. Richelot. Je ne prends la parole que pour deux mots : Contrairement au dire de M. Després, j'affirme qu'il y a chez le malade présenté une dépression entre les fragments et que les deux fragments sont mobiles l'un sur l'autre.

Communication.

M. Delorme, professeur agrégé au Val-de-Grâce, présente deux observations de *carie de l'os iliaque.* (M. Chauvel, rapporteur.)

Présentation d'appareil.

Modèle de ceinture abdominale avec pelote et ressorts pour contenir certaines hernies ombilicales,

Par M. Berger.

Il n'est pas d'espèce de hernie dans la contention desquelles on rencontre plus de difficultés que dans celle de certaines hernies ombilicales, même réductibles. Si les bandages proprement dits conviennent parfaitement dans un grand nombre de cas, chez les femmes à paroi abdominale flasque et lâche, affectant la forme de ventre en tablier, chez celles surtout qui sont atteintes en même temps d'un certain degré de déplacement de la matrice, le bandage proprement dit ne peut suffire, car il ne répond qu'à une des indications, celle qui est la moins ressentie par la malade, celle de contenir la hernie. Beaucoup de médecins, en pareil cas, se bornent à prescrire le port d'une ceinture abdominale élastique ; d'autres y joignent l'application d'une pelote, placée sous la ceinture et maintenue par elle au contact de l'orifice ombilical. Ce dernier moyen, assez communément employé, est absolument inefficace, et je n'hésite pas à lui attribuer l'aggravation survenue dans un très grand nombre de cas où la hernie est devenue de plus en plus volumineuse et irréductible. Pour contenir une hernie il faut avoir recours à l'action d'un ressort, qui seul est capable de circonscrire la pression de l'appareil en un point déterminé, et de la proportionner, en quelque sorte, à l'effort que l'orifice herniaire supporte de la part des viscères dans les différentes situations du corps et dans les

divers actes physiologiques. Étant donc donnée la nécessité de faire porter à la fois une ceinture abdominale et un bandage ombilical, j'avais d'abord fait pratiquer dans la ceinture prescrite en pareil cas un orifice correspondant comme siège et comme dimensions aux dimensions et au siège de la hernie ombilicale. Cette ceinture étant mise en place, je faisais appliquer par-dessus elle un bandage ombilical ordinaire, dont la pelote reposait à nu sur l'orifice herniaire, grâce à l'ouverture pratiquée à ce niveau dans la ceinture, tandis que le ressort ou les ressorts venaient prendre par leurs extrémités un point d'appui en arrière par-dessus la ceinture. Ainsi disposé, ce système rendait d'assez bons services, mais il avait l'inconvénient de nécessiter l'emploi et l'application de deux appareils distincts ; inconvénient grave lorsqu'on a déjà tant de peine à obtenir des malades qu'ils portent régulièrement les bandages les plus simples.

Je dois à mon excellent ami M. Collin l'idée d'une sorte d'appareil qui est à la fois une ceinture et un bandage ombilical, ou plutôt qui n'est autre chose que l'annexion d'une ceinture abdominale bien faite au bandage Dolbeau pour la hernie ombilicale. Voici comment je l'ai fait construire :

Une ceinture abdominale très bien faite, sur mesure, en coutil, pourvue d'élastiques sur les côtés, munie ou non de sous-cuisse ou de bretelles, suivant les besoins, est parfaitement adaptée à la forme du ventre. Au-dessous d'elle est fixée une pelote correspondant exactement à l'orifice ombilical, sur les dimensions duquel sa saillie et ses dimensions sont calculées. Sur l'écusson de cette pelote, mais en avant de la ceinture qui la recouvre, est fixé un double ressort en acier, le même que celui qui maintient la pelote dans le ressort Dolbeau, et aux deux extrémités de ce ressort viennent se fixer des sangles qui peuvent se boucler l'une à l'autre en entourant le tronc comme une ceinture.

Quand on applique la ceinture abdominale, la pelote vient tout naturellement se placer sur l'orifice ombilical, la hernie étant supposée réduite. La ceinture abdominale est modérément serrée, puis, en assujettissant les sangles qui se fixent aux extrémités des ressorts et en leur donnant le degré de tension que l'on juge nécessaire, la hernie se trouve contenue par une pression élastique suffisante et parfaitement réglée.

Je vous présente trois malades sur lesquelles j'ai fait appliquer l'appareil en question par M. Mayet, fournisseur des bandages à l'administration de l'Assistance publique. M. Mayet et les autres bandagistes, adjudicataires de cette fourniture, en ont fabriqué et appliqué depuis deux ans sur mes indications plus d'une centaine pour les femmes atteintes de hernies ombilicales qui se présentent

à la consultation des bandages. Je n'ai jamais vu l'emploi de ce bandage provoquer de plaintes ou de réclamations, et il m'a toujours semblé qu'il remplissait exactement l'indication à laquelle il devait répondre.

Discussion.

M. Terrier. Je ne veux pas ici critiquer le bandage préconisé par M. Berger, je ferai seulement une petite remarque ; au point de vue théorique je viens affirmer un autre principe. Quand une hernie est un peu volumineuse, qu'il est absolument impossible de la maintenir réduite malgré tous les essais, que la hernie est douloureuse et gênante, je crois qu'on doit opérer et faire l'opération de la cure radicale. Je ne sais si, pour les très grosses hernies, elle réussirait, mais en tout cas on pourrait de la sorte substituer à une hernie volumineuse une petite hernie et y appliquer un bandage. J'ajouterai que l'application sur une hernie d'une lame rigide tirée aux deux bouts par le bandage ne me semble pas avoir une action très puissante et bien favorable pour la contention.

M. Nicaise. J'ai donné des soins l'an dernier à une dame qui avait une grosse hernie ombilicale, très difficile à réduire et à maintenir réduite. Le bandage recommandé par M. Berger n'a pas maintenu la hernie et quatre fois la malade a été prise d'accidents sérieux d'étranglement herniaire ; la famille, très inquiète, finit par accepter l'opération de la cure radicale. Je la fis très simplement : j'enlevai le bord fibreux de l'orifice ombilical, je suturai les bords et je réunis ; l'opération a bien réussi et la malade est parfaitement guérie.

M. Trélat. Dans un cas je me suis bien trouvé d'une ressource que je ne recommande pas pour tous les cas : j'ai fait faire pour ma malade, maigre, à petit ventre, un moule en cuir embouti.

La théorie de M. Terrier semble inadmissible : la traction sur les deux bouts d'une lame, dans le sens perpendiculaire à cette lame, développe la résistance au centre ; c'est là, pour moi, le mode d'explication de l'action des bandages dans le cas spécial qui nous occupe ici.

M. Berger. Pour ce qui est de l'action du ressort de mon bandage, je suis de l'avis de M. Trélat ; la plus grande partie de la traction s'exerce sur l'anneau ombilical.

Le bandage dont je parle ici est un bandage d'exception, il est spécialement fait pour les hernies ombilicales réductibles. Je ne l'applique qu'à celles-là.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire adjoint,

Nepveu.

Séance du 24 mars 1886.

Présidence de M. HORTELOUP.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Étude sur l'opération d'Alexander,* par le Dr J.-E. MANRIQUE;

3° *Déchirure complète du périnée; périnéorraphie; guérison; fibro-myome utérin; hémorrhagies incoercibles; castration; mort le neuvième jour*, par le Dr LENGER, chirurgien-adjoint à l'hôpital civil des Anglais, à Liège;

4° La *Chirurgia operativa sulle vie biliari*, par le Dr FRANCESCO COLZI, adjoint à l'Institut pathologique de Florence;

5° M. CRUVEILHIER, obligé de quitter Paris pour raison de santé, demande un congé d'*un* mois. (Renvoi à la Commission.)

A propos du procès-verbal.

Remarques sur une des causes de la mort prompte post-opératoire, faussement attribuée au choc traumatique (*œdème cérébral consécutif à une néphrite interstitielle*),

Par M. Charles MONOD.

En prenant la parole dans notre dernière séance à propos de l'intéressant relevé statistique que nous a communiqué M. Terrier des opérations pratiquées dans son service, je vous ai promis de vous apporter quelques détails sur un fait observé par moi, de mort post-opératoire, que j'aurais volontiers attribué au choc traumatique, si l'autopsie ne m'avait fait découvrir une lésion peu considérable en apparence, mais bien suffisante, cependant, pour expliquer la terminaison fatale.

A diverses reprises, au sein de cette Société, on a fait ressortir le peu de valeur scientifique du mot *choc traumatique*, qui, suivant l'expression de M. Verneuil, ne sert le plus souvent qu'à dissimuler notre ignorance.

Il est certain que le jour viendra où le progrès constant de nos connaissances en anatomie et en physiologie pathologiques permettra de mettre toujours le doigt sur la cause véritable de ces motifs, qui, parfois, rapidement et contre toute attente, frappent certains de nos opérés.

A ce titre, l'observation que je désire vous communiquer aujourd'hui me paraît avoir une réelle importance.

Elle peut être résumée en peu de mots [1] :

Une femme de 72 ans, pensionnaire aux Incurables, à Ivry, est apportée à l'infirmerie de l'hospice le 4 novembre 1885. Elle présente tous les signes d'un étranglement herniaire, dont le début remonte probablement à deux jours.

La malade est déjà dans un état adynamique assez prononcé, et répond mal aux questions posées. La hernie est crurale, petite, marronnée, douloureuse, irréductible.

Appelé auprès de la malade le soir de ce même jour, après m'être assuré de l'irréductibilité de la hernie, tenant compte de l'état général mauvais qui me paraît en rapport avec un étranglement serré, qui date, d'ailleurs, de deux jours au moins, je procède, séance tenante, à la kélotomie, — avec chloroforme prudemment administré.

L'opération ne présente aucun incident particulier. L'étranglement levé, l'intestin ayant été reconnu sain, l'anse herniée fut réduite. Sutures, drain et pansement de Lister.

Aucun phénomène réactionnel ne se produisit. Bien au contraire, la malade demeure dans un état de collapsus marqué, bien que, contrairement à ma pratique habituelle, je ne lui eusse administré ni morphine, ni opium sous aucune forme. Des préparations toniques, des injections sous-cutanées d'éther furent impuissantes à la relever.

Elle tomba bientôt dans un coma véritable, qui alla en s'accentuant, si bien que, vingt-quatre heures après l'opération, elle succombait, sans lutte ni agonie. La mort, survenue dans la nuit, ne fut reconnue que quelques heures après l'événement. La malade semblait profondément endormie.

Il paraissait naturel, comme je le disais plus haut, chez cette malade qui ne s'était pas relevée de l'état de dépression où l'opération l'avait plongée, de rapporter la mort au *choc traumatique*, ou, si l'on veut, à l'ébranlement nerveux causé par le traumatisme.

Au premier abord, l'autopsie paraissait autoriser cette interprétation [2].

[1] D'après les notes fournies par M. Nicolle, interne de service.

[2] Les détails qui suivent sont empruntés à une note écrite remise par M. le Dr Arthaud, chef du laboratoire d'Ivry, qui s'était chargé de l'autopsie.

L'anse intestinale réduite est facilement reconnaissable ; elle est saine. Pastrace de péritonite. Le foie, un peu congestionné, légèrement granuleux à la surface, est d'aspect jaunâtre à la coupe. Les poumons sont le siège d'une congestion intense, surtout marquée aux bases. Le cœur est à peu près normal comme volume; mais il présente une coloration feuille morte et une dégénérescence graisseuse très apparente dans le ventricule droit.

Les reins étaient plus sérieusement touchés. Ils sont de volume normal, mais bosselés, granuleux à la surface, parsemés de cavités kystiques. La capsule est moyennement adhérente ; la décortication se fait assez facilement, mais non sans produire des déchirures du parenchyme. A la section, on constate que l'organe offre au scalpel une résistance légèrement élastique. Sur la surface de coupe, la substance corticale, dont l'épaisseur est très minime, présente une coloration blanchâtre, qui tranche sur l'aspect rougeâtre des pyramides.

L'examen au microscope confirme l'impression que donne l'examen à l'œil nu, et montre qu'il s'agit là d'une néphrite mixte à prédominance interstitielle.

A l'ouverture de la cavité cranienne, on voit s'écouler une certaine quantité de liquide, et, après avoir incisé la dure-mère, on aperçoit la pie-mère soulevée par le liquide exsudé dans l'espace sous-arachnoïdien. Cette séreuse est comme infiltrée et offre une coloration pâle. Ses arborisations vasculaires sont peu apparentes et peu accusées.

La pie-mère s'enlève facilement et presque sans déchirure, malgré le peu de fermeté de la substance cérébrale.

A la coupe du cerveau, on trouve une différence de coloration peu tranchée entre les deux substances.

La surface de coupe est humide, et, par la pression, on en fait sortir une quantité assez grande de liquide.

Les ganglions centraux et les capsules sont saines.

Le cervelet et le bulbe présentent une infiltration œdémateuse analogue à celle du cerveau ; mais il n'existe nulle part de lésions définies.

En résumé, rein granuleux, kystique, résistant, avec aspect blanchâtre de la couche corticale ; cœur gras et dégénéré ; œdème cérébral ; congestion du foie et des poumons, telles sont les lésions essentielles trouvées à l'autopsie.

Je tiens à établir que la mort de cette malade doit être rapportée à l'œdème cérébral constaté à l'autopsie, lésion qui était elle-même sous la dépendance de l'altération évidente des reins.

Pour le faire, je m'appuierai sur les recherches si intéressantes faites par mon ami le Dr Raymond, alors qu'il était encore mon collègue à Ivry, recherches faites sur des sujets se trouvant dans les mêmes conditions d'âge et d'habitude que mon opérée [1].

[1] RAYMOND, Sur la pathogénie de certains accidents paralytiques observés chez des vieillards ; leurs rapports probables avec l'urémie (*Revue de médecine*, septembre 1885, t. V, p. 705).

Étudiant les lésions des reins chez les vieillards et les conséquences qu'elles entraînent, M. Raymond a montré qu'en dehors des cas répondant au tableau classique des accidents urémiques il existait des formes atténuées, facilement méconnaissables, véritable *urémie lente*, pouvant apparaitre et évoluer sans attaque convulsive, sans phénomènes antécédents notables.

L'une de ces formes est précisément celle que nous avons observée chez notre malade. Elle peut être décrite de la façon suivante

Un individu, dont la santé antérieure paraissait parfaite, qui n'a présenté ni troubles gastriques, ni phénomènes convulsifs, chez lequel on aurait pu constater cependant, s'il avait été suivi de près, des mictions plus fréquentes, une tendance marquée aux vertiges, un état dyspnéique passager, tombe subitement sans connaissance, ou, du moins, est rapidement atteint d'un affaiblissement général, sans paralysie localisée, avec hébétude marquée. Le coma persiste dans le premier cas, ne tarde pas à s'établir dans le second, et la mort survient sans phénomènes nouveaux, au bout de quelques jours, ou même de quelques heures; mort réelle succédant à une mort apparente et comme anticipée.

On pourrait croire, en pareille circonstance, à une hémorrhagie cérébrale ou à un ramollissement étendu. L'autopsie démontre qu'il n'en est rien. Le cerveau ne présente aucune lésion matérielle appréciable, si ce n'est de l'œdème de la substance cérébrale, presque toujours associé à un peu d'hydrocéphalie ventriculaire (apoplexie séreuse des anciens).

L'examen des autres viscères est négatif. Ils sont tous sains, les reins exceptés. La lésion de ceux-ci est constante et toujours la même ; c'est une néphrite simple à prédominance interstitielle, se rapprochant du type de la néphrite sénile [1].

Ces constatations anatomiques faites, l'auteur dont nous résumons les idées, par une série de déductions que nous ne reproduisons pas, arrive à conclure que l'œdème cérébral, provoqué par la lésion rénale, est la véritable cause de la mort si promptement survenue. Cet œdème n'est pas assez abondant pour agir par compression directe sur le cerveau ; mais il suffit pour amener, au niveau des capillaires surtout, une gêne de la circulation telle

[1] Reins petits, granuleux ; presque toujours assez gros kystes ; enveloppe rénale très adhérente. Au microscope, sclérose rénale diffuse, transformation fibreuse de la plupart des glomérules, artérite très avancée dans tous les petits troncs ; quelquefois athérome des gros vaisseaux ; enfin dégénérescence granulo-graisseuse des tubuli. A côté de ces lésions anciennes existe le plus souvent une poussée aiguë se traduisant par une prolifération de noyaux et une glomérulite assez intense (Raymond, *loc. cit.*, p. 712).

qu'il puisse en résulter une anémie cérébrale plus ou moins prononcée.

Cet état s'établit sans doute lentement et peut exister un certain temps sans produire de troubles graves, jusqu'au jour où quelque circonstance adjuvante, un simple effort, quelque secousse morale ou physique, ou bien le seul progrès de l'épanchement séreux détermine une gêne suffisante de la circulation pour entraîner une véritable anoxyhémie cérébrale, incompatible avec l'existence.

Pour en revenir à mon observation, on comprend que le trouble circulatoire général qui accompagne l'étranglement herniaire, surtout lorsque s'ajoute celui qui résulte de l'intervention opératoire, puisse hâter l'apparition de ces phénomènes ultimes, sans qu'il soit besoin de faire intervenir le simple ébranlement nerveux, sans lésions matérielles, que l'on désigne sous le nom de *choc traumatique*.

Si vous voulez bien vous reporter à la communication que vous a faite M. Verneuil[1] sur les cas de mort rapide se produisant à la suite de hernies étranglées, et dues pour lui à la congestion pulmonaire constatée à l'autopsie, vous verrez que dans certains faits cités au cours de la discussion la mort, insuffisamment expliquée, est survenue dans des conditions très semblables à celles que j'ai indiquées plus bas, et pourrait être attribuée à la même cause.

Il importe du moins qu'à l'avenir l'état de la substance cérébrale soit mieux indiqué dans les relations d'autopsie.

La question a du reste une portée plus étendue.

Ce n'est pas seulement après la kélotomie, mais après toute opération chirurgicale que la mort chez le vieillard peut se produire par le mécanisme que nous avons dit. Ce fait devra être présent à l'esprit des chirurgiens. L'étude exacte des antécédents des malades et surtout l'examen des urines pourront faire prévoir cette issue funeste, et devront dans certains cas faire renoncer à une intervention qui serait nécessairement fatale.

Communication.

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne,

Par M. L.-G. Richelot.

Messieurs, depuis quelques années s'agite une question de chirurgie opératoire dont l'intérêt me semble encore méconnu par la

[1] *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 523.

majorité des praticiens. Il s'agit de savoir si, obligé d'ouvrir les voies aériennes par la « bronchotomie », le chirurgien doit toujours suivre l'exemple de Trousseau en incisant la trachée-artère, ou s'il est permis et avantageux de porter le bistouri plus haut, et de placer la canule dans l'espace qui sépare les deux principaux cartilages du larynx. En d'autres termes, la trachéotomie règne-t-elle encore en souveraine absolue, ou doit-elle céder le pas, dans certaines conditions, à la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne?

A deux reprises [1] la Société de chirurgie a été saisie de la question, et la plupart de ses membres ont accueilli avec faveur l'opération de Vicq-d'Azyr, remise au jour par Krishaber. Mais plusieurs d'entre nous, en l'acceptant, ont émis sur elle un avis réservé, sans doute parce qu'il leur semblait téméraire de porter la main sur la trachéotomie, et aussi parce que les faits nouveaux, encore peu nombreux, n'autorisaient pas une plus grande hardiesse. Aujourd'hui, je vous apporte un jugement plus ferme, et je pense qu'il y a un intérêt majeur à le faire connaître. Il faut répéter aux praticiens que la trachéotomie *chez l'adulte* est dangereuse, et qu'en choisissant la laryngotomie quand ils le peuvent ils s'épargnent des difficultés opératoires dont les plus habiles ne sortent pas toujours victorieux. Il faut le répéter à nos internes, qui en sont encore pour la plupart à la trachéotomie chez l'adulte, parce qu'ils ont appris à la faire dans les hôpitaux d'enfants, et qui sont ainsi mal préparés aux événements qui peuvent les assaillir.

Pour légitimer cette opinion, j'exposerai d'abord les faits qui me sont personnels, au nombre de cinq.

I. — Ma première observation (19 avril 1881) est publiée dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* et dans l'*Union médicale* [2]. Elle a trait à un homme de 60 ans sur qui j'ai fait l'incision du larynx comme opération préliminaire, avant l'ablation d'un épithélioma très étendu de la bouche et du maxillaire inférieur. L'opération fut très facile, à cause de la simplicité de la région, de la sûreté des points de repère et de l'absence de tout organe dangereux. Je plaçai dans l'espace crico-thyroïdien, divisé par le bistouri sur la ligne médiane, une canule de 9 millimètres. Les cartilages ossifiés basculaient difficilement l'un sur l'autre; je fis la section verticale du cricoïde, dont les deux moitiés, en s'écartant d'un millimètre à peine, agrandirent légèrement l'espace membraneux et permirent à la canule de pénétrer sans effort.

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1878 et 1882.

[2] L.-G. Richelot, Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (*Union méd.*, 1882, 1er semestre, p. 894).

Cette première laryngotomie, faite de propos délibéré dans un cas où rien ne m'empêchait d'ouvrir la trachée, m'apprit qu'on peut aisément, chez les adultes, par une incision verticale de la membrane crico-thyroïdienne, placer entre les deux cartilages une canule de moyen volume ; que la section du cricoïde peut être un utile adjuvant ; que c'est une opération des plus expéditives, où la moindre pince à forcipressure est un auxiliaire suffisant, où l'emploi du thermo-cautère est superflu, où nul vrai danger n'est à craindre. Éviter les plexus veineux thyroïdiens, ouvrir en deux minutes un organe qu'on a sous la main, voilà des avantages qui me séduisaient fort dans l'opération nouvelle. Malheureusement, les faits cliniques nous faisaient défaut ; nous n'avions pour nous guider qu'une seule observation française, celle de Krishaber, et le rapport de M. Nicaise à la Société de chirurgie (27 nov. 1878). C'était assez pour entrevoir de nouveaux succès, mais non pour nous rassurer pleinement sur des inconvénients ou des périls imprévus. Nous pouvons seulement aujourd'hui, grâce à l'expérience acquise, sortir de la réserve qui nous était imposée.

II. — En 1882, un homme de 52 ans était couché au n° 21 de la salle Saint-Landry, à l'Hôtel-Dieu. Entré le 23 septembre, il souffrait depuis un mois d'une dysphagie permanente, et avait remarqué le développement d'une ou deux glandes cervicales. La nature du mal n'était pas douteuse ; les ganglions, situés dans la région sterno-mastoïdienne gauche, étaient durs, certainement envahis par un tissu néoplasique. Un spasme très violent rendait l'examen de la gorge à peu près impossible ; même difficulté pour introduire dans l'œsophage une olive exploratrice. Je n'insistai pas, mais j'eus la conviction qu'une tumeur épithéliale occupait la partie inférieure du pharynx. Quel que fût l'âge vrai du néoplasme, la malade ne souffrait que depuis un mois, et déjà les solides ne pouvaient plus passer ; en peu de jours, les ganglions augmentèrent de volume sous nos yeux ; il y avait une gène progressive de la respiration ; tout faisait prévoir une évolution rapide.

Que faire en présence d'une aussi grave situation ? Nourrir le malade avec la sonde à demeure, comme on l'a fait depuis quelques années dans les cancers de l'œsophage ? L'indication n'était pas formelle, car il avalait facilement les liquides et s'alimentait assez bien. La sténose devant augmenter un jour ou l'autre, on pouvait songer au placement de la sonde à titre préventif ; mais comment ce pharynx irritable s'en serait-il accommodé ? Urgence douteuse, difficultés probables, je renonçai bien vite à diriger mes efforts de ce côté, un peu découragé d'ailleurs par le développement rapide des ganglions et l'imminence de la cachexie.

Mais un fait commandait bien autrement l'attention, c'était la

gêne respiratoire. Le malade avait, depuis son entrée, de petits accès de suffocation ; les ganglions cervicaux visibles ne comprimaient rien encore, la trachée n'était pas déviée, la voix peu modifiée dans son timbre, tout se passait en arrière et au-dessus des cordes vocales.

Le 30 septembre, un violent accès survint dans la soirée ; la nuit fut pénible, agitée ; le lendemain matin, nouvel accès moins fort. A la visite du 1er octobre, dyspnée continuelle, tirage et cyanose ; l'opération est de rigueur.

Je fais au-devant de la membrane crico-thyroïdienne une courte incision avec le bistouri ; je traverse une couche mince de tissus, sans faire couler de sang ; arrivé sur la membrane, je la sectionne verticalement dans toute sa hauteur, puis, me guidant sur l'ongle de l'indicateur, j'introduis dans l'incision la canule à bec de Krishaber. Cette canule était large de 9 millimètres ; elle pénétra d'emblée, resta en place sans aucun artifice, et fut tolérée parfaitement.

Tous les jours suivants, le malade respirait bien et se croyait sauvé ; le 30 octobre, il était encore dans une tranquillité parfaite. Mais la situation changea peu à peu ; le 11 novembre, il était devenu très souffrant, la dysphagie avait notablement augmenté, les masses ganglionnaires grossissant à vue d'œil remplissaient la région cervicale, enfin la dyspnée revenait de temps à autre par accès passagers, comme si les voies aériennes subissaient quelque dommage au-dessous de la plaie laryngienne.

Le 26 novembre, le malade avait un cou énorme, bourré de masses néoplastiques, et respirait de plus en plus mal. M. Richet, qui avait repris son service, attribua l'augmentation de la dyspnée au petit volume de la canule et résolut d'en mettre une plus grosse, que le malade réclamait avec instance. Le 26, on n'avait pas encore la canule à bec du volume demandé ; une canule ordinaire ne pénétrait pas ; M. Richet, cependant, réussit à l'introduire, après avoir agrandi la plaie et sectionné le cricoïde. Aussitôt la respiration devint meilleure et le malade fut soulagé.

Le faible volume de la canule n'était pas la seule cause de dyspnée, car, deux jours plus tard, la respiration était loin d'être parfaite. Le 1er décembre, le malade avait toujours de l'anxiété, ses forces diminuaient visiblement. Pendant le mois de décembre et dans les premiers jours de janvier 1883, M. Richet attaqua par les flèches caustiques la masse ganglionnaire, et en fit tomber des portions ; à la fin, la région cervicale était diminuée de volume, et il y avait sur le côté gauche une plaie sanieuse, bourgeonnante et de mauvais aspect. Enfin, le malade s'éteignit le 19 janvier ; jusqu'au dernier jour, la déglutition avait été possible.

La pièce enlevée en totalité nous montre les détails suivants. La dégénérescence épithéliale a transformé en un véritable putrilage toute la paroi pharyngienne en arrière et à gauche; une large perforation existe en arrière, à la hauteur du chaton cricoïdien; la paroi malade se continue avec le foyer de la région cervicale, bouillie sanieuse tout entière située à gauche des voies aériennes, et au sein de laquelle les ganglions ont disparu. J'incise le pharynx en arrière sur la ligne médiane : le néoplasme a envahi la moitié gauche de l'épiglotte et s'arrête à la base de la langue; au lieu des replis aryténo-épiglottiques, deux gros bourrelets cancéreux se touchent sur la ligne médiane et bouchent l'orifice supérieur du larynx; enfin, derrière le chaton du cricoïde, la paroi antérieure du pharynx est également dégénérée, mais cette partie du cartilage est restée solide. J'ouvre la trachée en arrière : le tissu cancéreux a pénétré dans le larynx, détruit les cordes vocales, et s'est arrêté au-dessus de la canule. J'examine avec soin les cartilages : toute la moitié gauche du thyroïde est ramollie, presque détruite; celle du cricoïde a subi le même sort, elle est fracturée en plusieurs tronçons; toutes deux sont en contact avec le foyer cervical, et près d'elles deux ou trois ganglions envahis se reconnaissent encore.

L'orifice qui donnait passage à la canule est un des points intéressants : il est ovalaire, situé entre les deux moitiés du cricoïde; son quart supérieur seul occupe l'espace membraneux. Rien de plus facile à comprendre : après la section du cartilage normal, ses deux moitiés s'écartent à peine; mais s'il est ramolli ou fracturé, rien n'empêche le corps étranger de les séparer largement et d'abandonner l'espace membraneux pour venir se loger plus bas; c'est ce que fit la grosse canule introduite par M. Richet.

III. — Troisième fait analogue au précédent, et sur lequel je m'étendrai moins : il s'agit d'un homme de 58 ans, couché au n° 6 de la salle Saint-Landry, à l'Hôtel-Dieu. Il entra le 7 novembre 1882, souffrant de la gorge depuis six mois, et demandant la trachéotomie. Tirage et accès de suffocation; à droite, un ganglion symptomatique dans la région sterno-mastoïdienne; examen difficile et renseignements vagues. L'âge du malade et le ganglion cervical me firent penser au cancer de l'œsophage ou du pharynx inférieur, avec propagation aux voies aériennes ou œdème sus-glottique; mais je n'eus pas le temps d'approfondir le diagnostic, car, le soir du 8 novembre, on m'appela d'urgence, après deux grandes suffocations, et je trouvai la situation assez grave pour agir immédiatement.

J'incise la peau, le tissu cellulaire, la membrane sans faire couler de sang. L'espace, où l'ongle de mon index gauche est appliqué, me paraît fort étroit; j'en approche le bec de la canule, et

aussitôt je renonce à l'introduire; je reprends le bistouri, j'incise le cricoïde, et enfin la canule est placée. L'opération, fort simple, avait duré trois minutes; mais pourquoi, ici comme sur mon premier malade, avais-je dû faire la section du cricoïde, quand les expériences cadavériques semblent démontrer que ce débridement n'est jamais nécessaire? Je pensais alors que le renversement de la tête en arrière, auquel je n'avais pas eu recours, agrandit l'espace en faisant basculer les cartilages, et dispense de la section. Aujourd'hui, je pense que la section peut dispenser du renversement de la tête dans les cas de suffocation extrême et d'urgence absolue.

Le lendemain et les jours suivants furent tranquilles; il y eut seulement, surtout le 10 novembre, une certaine dysphagie. Tout allait bien jusqu'au 20 novembre, sauf un peu de catarrhe bronchique, des mucosités rejetées par la canule, des râles muqueux disséminés dans la poitrine. Le malade sortit le 20 novembre, content et soulagé, portant sa canule et respirant bien, mais il revint 15 jours plus tard et mourut aussitôt dans un accès de suffocation.

J'avais quitté le service de l'Hôtel-Dieu, et ne reçus que dans les premiers jours de l'année suivante la relation sommaire de l'autopsie : poumons farcis de tubercules à tous les degrés, le gauche adhérent partout à la paroi thoracique, sans aucun épanchement pleural. Mais la pièce m'avait été remise, et j'avais pu voir que la muqueuse du larynx était saine, qu'il n'y avait pas d'altération des cordes vocales; la lésion était un foyer tuberculeux situé entre la lame droite du thyroïde et le chaton cricoïdien, avec dégénération de la face interne de cette lame, de l'aryténoïde correspondant, d'une partie du cricoïde jusqu'à deux ou trois millimètres de l'orifice où plongeait la canule. Celui-ci était placé entre les deux moitiés du cartilage, et n'occupait l'espace membraneux que par son tiers supérieur; ici comme chez le malade précédent, la canule était venue se loger dans l'incision élargie du cricoïde, parce que le ramollissement tuberculeux et la fracture pathologique l'avaient permis.

IV. — Un homme de 38 ans, à la suite d'ulcérations syphilitiques, est pourvu d'un rétrécissement du larynx qui le rend aphone et provoque de temps à autre un accès de dyspnée; les cordes vocales sont soudées entre elles dans leur moitié antérieure. M. le D. Poyet a vu le malade et lui a proposé d'inciser la cicatrice ou de faire la dilatation progressive de la glotte devenue insuffisante; de toutes façons, l'ouverture des voies aériennes est une opération préliminaire indispensable. C'est alors que le malade entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet n° 17, le 20 mai 1884

Ayant jugé la situation comme M. Poyet, je procède le 24 mai à la laryngotomie. Comme j'ai tout le temps d'agir, le malade est placé commodément, la tête sur un coussin et dans une extension modérée; par cette seule attitude, je sens l'espace crico-thyroïdien s'élargir sous le doigt. Incision de deux centimètres; en un second temps, incision des couches sous-cutanées jusqu'à la membrane; léger écoulement sanguin, pince hémostatique placée à l'angle inférieur de la plaie, puis un coup de pointe à la membrane, et rien de plus. Une canule de 9 millimètres, enduite de vaseline, est présentée à cette minime ouverture et introduite par un effort très léger.

Il n'y eut ensuite ni dysphagie ni trouble d'aucune sorte. L'examen laryngoscopique nous permit de voir un peu d'œdème et de rougeur des cordes vocales, qui durèrent un mois environ; puis le malade nous quitta dans le courant de juillet, portant toujours sa canule. J'ai eu de ses nouvelles en décembre 1885; on avait tenté, sans grand résultat, l'incision du rétrécissement laryngé par le galvano-cautère; il parlait distinctement, en voix chuchotée, et respirait bien à l'aide de sa canule, parfaitement tolérée depuis 19 mois.

V. — Il semble que le hasard m'ait favorisé, car, trois mois après l'opération qui précède, une nouvelle occasion se présenta, qui me permit de constater une fois de plus les avantages de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, et acheva de m'édifier sur la manière de l'exécuter. Il s'agit cette fois d'un pensionnaire de l'hospice des Ménages, chez lequel je constatai dans le courant du mois d'août 1884 un cancer de la base de la langue envahissant le côté droit du larynx, avec des ganglions engorgés dans la région cervicale. La dysphagie était peu intense, mais la dyspnée augmentait de jour en jour. Je priai les internes de se tenir prêts à opérer d'urgence; la situation s'aggrava bientôt, et en présence d'une asphyxie menaçante, je fus appelé le 20 août.

Fort de l'expérience acquise, j'opérai vite et avec précision. Le malade, respirant à peine, supportait mal l'extension modérée de la tête. Boutonnière de deux centimètres à la peau, incision profonde des couches sous-cutanées, coup de pointe à la membrane, introduction d'une canule de 10 millimètres en forçant très peu, en tout quatre temps presque aussi rapides que la parole; l'opération a duré moins d'une minute. Je pense que, sauf des cas bien rares, elle doit toujours se passer ainsi, quand on l'a bien comprise et qu'on a oublié les descriptions des auteurs. Qui oserait en dire autant de la trachéotomie chez les adultes, et quel chirurgien prudent s'y aventure sans penser aux dangers qui peuvent l'assaillir et sans avoir sous la main tout un appareil de sauvetage?

A la dyspnée extrême avait succédé un grand calme, qui persista les jours suivants. Le malade respirait bien, la canule était parfaitement tolérée ; les ganglions cervicaux furent quelque temps sans grossir visiblement et le néoplasme initial semblait arrêté dans sa marche. Mais bientôt la région cervicale augmenta de volume, les douleurs irradiées devinrent continuelles, le malade s'affaiblit peu à peu, sans dyspnée ni douleur locale, et enfin succomba le 10 novembre. La canule était restée, fonctionnant bien, pendant 80 jours.

A l'autopsie, nous trouvons un épithéliome étendu à la base de la langue et au pharynx du côté droit, à la muqueuse tapissant en arrière le chaton du cricoïde, aux aryténoïdes à peu près détruits; la lame droite du thyroïde est en bouillie avec les cordes vocales de ce côté ; la partie inférieure de la lame gauche est envahie à son tour. Au milieu de ces désordres, le cricoïde est à peu près intact ; il a sa consistance normale, il forme un anneau solide, et la canule, entourée d'ailleurs par le détritus épithélial, repose par sa concavité sur le bord supérieur du cartilage, très légèrement érodé à son niveau.

Je ne m'attarderai pas, messieurs, à refaire ici l'historique de l'opération dont je vous ai donné quelques exemples, car il est exposé tout au long dans nos Bulletins et dans plusieurs thèses [1]. Il nous importe peu de savoir que Vicq-d'Azyr l'a proposée sans la faire en 1776, que Fourcroy l'appelle « nostram laryngotomiam » sans l'avoir pratiquée davantage, que Desault et Lenoir l'ont décrite, que les premiers faits cliniques appartiennent à Roux et à Blandin, etc. Les chirurgiens en parlaient théoriquement ; d'aucuns la jugeaient bonne en principe et n'osaient pas la faire, parce qu'on leur avait dit que l'espace était trop étroit ; et tout le monde allait répétant que l'espace est trop étroit pour y introduire une canule. Bref, l'opération était parfaitement oubliée parmi nous, lorsque Krishaber vint la remettre en honneur. Il est juste de dire que Gross, à Philadelphie, et Erichsen, à Londres, avaient déjà reconnu sa supériorité.

Ce qui m'intéresse davantage, au lieu de remonter jusqu'à Vicq-d'Azyr, c'est de voir les essais, les tâtonnements successifs de la chirurgie pour améliorer l'opération dont Trousseau avait été l'ardent propagateur. Je parle ici de la trachéotomie *chez l'adulte*. Tous les auteurs en ont senti la gravité; Trousseau lui-même, qui faisait de la trachéotomie « une opération simple, facile et sans

[1] H. de Launay, *Thèse de Paris*, 1882. — M. Aguiar, *id.*, 1883. — N. Castagné, *id.*, 1884.

danger, et que tout médecin, même étranger aux manœuvres de la chirurgie, peut entreprendre sans hésitation et pratiquer sans crainte », Trousseau avait reconnu que chez l'adulte elle est périlleuse et incertaine. En réalité, c'est une opération que le chirurgien le plus habile ne doit pas aborder à la légère, car elle peut tourner au tragique, même entre des mains expérimentées. Les altérations pathologiques de la région, la brièveté du cou chez quelques sujets, la profondeur de la trachée, par-dessus tout les vaisseaux gorgés de sang qu'il faut traverser, créent des périls à chaque pas.

J'ai assisté à plusieurs trachéotomies dans ces conditions : un malade est mort d'hémorrhagie séance tenante ; un autre a failli avoir le même sort, et les bronches remplies de sang ont été vidées à grand'peine avec le tube aspirateur ; chez un troisième, une incision profonde, gênée par le sternum, a pu ouvrir la trachée, mais on n'a jamais su si la canule y avait pénétré, et la mort est survenue rapidement. J'ai peine à comprendre que M. Després, à la Société de chirurgie, ait plaidé avec tant d'ardeur la sécurité de l'opération, car lui-même a perdu à la Charité une femme de 37 ans qui mourut, sous le bistouri, d'hémorrhagie foudroyante [1].

Cela dit, vous comprenez que le souci d'un bon nombre de chirurgiens ait été de se prémunir contre ces périls, et avant tout contre l'hémorrhagie. Decès, dans un travail peu connu [2], après avoir combattu l'optimisme de Trousseau, conseillait, en 1853, d'attaquer la trachée immédiatement au-dessous du cricoïde, dans un point où elle est superficielle, facile à découvrir sans léser de vaisseaux ni d'organes importants. C'était encore la trachéotomie, mais modifiée dans le sens où nous tendons aujourd'hui et participant jusqu'à un certain point des avantages de la section cricothyroïdienne. A ce titre, le travail de Decès, qui n'est pas mentionné dans les travaux récents, mérite de trouver place dans l'histoire de la laryngotomie.

A son tour, Nélaton voulut s'éloigner des vaisseaux et fit un pas de plus vers l'espace membraneux : en 1861, il incisa au-devant du cricoïde et en réséqua sept millimètres. La résection était nécessaire, car l'incision simple du cartilage ne donne qu'un écartement presque nul. Évidemment, Nélaton n'aurait pas pris la peine d'ouvrir cette fenêtre, s'il avait su qu'il y a place, au-dessus du cartilage, pour loger la canule.

[1] E.-P. Lucas, Trachéotomie, note sur trois cas d'hémorrhagie mortelle (*Thèse de Paris*, 1884).

[2] Decès, Sur un nouveau procédé de trachéotomie ou de laryngotomie sous-cricoïdienne (*Union méd.*, 1853).

La même ignorance, empêchant les chirurgiens de suivre la route indiquée par Decès et Nélaton pour aller jusqu'à l'espace membraneux, les fit chercher ailleurs. Je laisse de côté les inventions purement instrumentales, qui peuvent rendre l'opération plus brillante, mais sont loin de la rendre plus sûre; et je m'arrête sur les instruments incandescents, qui marquent le dernier progrès accompli avant la renaissance de l'opération de Vicq-d'Azyr.

Le thermo-cautère, très habilement manié, épargne le sang dans une certaine mesure; mais il n'a que des propriétés hémostatiques insuffisantes, quelle que soit la prudence de celui qui l'emploie. Tantôt une grosse veine s'est rencontrée, qu'il a fallu saisir avec deux pinces ou deux fils à ligature; tantôt une artériole, trop volumineuse pour que le fer rouge pût fermer sa lumière, a obligé l'opérateur à déposer l'instrument rougi pour appliquer les pinces à forcipressure. Il semble, en d'autres termes, que le thermo-cautère ait triomphé surtout des vaisseaux qui n'étaient pas à craindre. Sans doute, on a fait ainsi des trachéotomies exsangues, mais dans les cas où le bistouri n'aurait trouvé qu'un écoulement capillaire insignifiant. Et dans les cas d'urgence extrême, où il faut agir sans tâtonner, comment faire usage d'un instrument qui perd toutes ses qualités, s'il n'est pas manié avec une extrême lenteur? Bref, on a fait un pas de plus, mais on n'a pas trouvé un moyen simple et décisif de se mettre à l'abri du sang.

Aujourd'hui, après bien des recherches, nous voilà installés dans une région que les anciens nous avaient signalée, dont s'était approché Nélaton, région commode où les points de repère sont constants et superficiels, où les vaisseaux manquent, où l'opération est vraiment facile. Une étude rapide du manuel opératoire va nous démontrer qu'il n'en faut plus sortir.

On a déjà trop écrit, messieurs, sur la manière de pratiquer la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Sans doute, nous avons bien fait d'étudier à nouveau les détails anatomiques de la région et de mesurer sur un grand nombre de sujets cet espace dont les dimensions avaient été si longtemps méconnues. Mais aujourd'hui nous sommes renseignés, la topographie de l'espace membraneux n'a plus de mystères, sa hauteur a été mesurée à satiété chez l'homme, chez la femme, et aux divers âges. Tout cela est consigné dans les thèses parues sur la question; je vous y renvoie et vous demande la permission de parler en chirurgien d'une opération dont l'intelligence ne demande pas de si longs discours.

La peau est mince; au-dessous d'elle, un tissu cellulaire sans graisse; enfin la membrane crico-thyroïdienne. Ne cherchez pas de plus longs détails; il n'y a rien dans cette région, rien qui vaille

la peine d'être décrit, du moins sur la ligne médiane, qui seule nous intéresse. Quelques veinules anastomotiques entre les deux jugulaires antérieures, un filet artériel rampant sur la membrane et représentant l'anastomose entre les deux laryngées inférieures, voilà tout ce qu'on peut trouver par une dissection délicate ; mais le chirurgien n'a pas à s'en occuper. Quant à l'espace, il est d'une hauteur qui varie de quelques millimètres ; à partir de dix à douze ans, on peut y introduire une canule, parce qu'il a 6 ou 7 millimètres en moyenne ; chez l'adulte, il en a de 8 à 11, et c'est tout ce qu'il est utile de savoir.

Après avoir touché les points de repère (pomme d'Adam et saillie du cricoïde), l'index de la main gauche est placé devant l'espace et marque la ligne médiane. Avec le bistouri, on fait une courte incision de la peau dépassant à peine les bords cartilagineux ; puis on traverse la couche sous-cutanée jusqu'à la membrane, en un seul temps. Arrivé sur la membrane, on lui donne un coup de pointe ; alors la canule à bec de Krishaber, qui dispense d'un dilatateur, se glisse volontiers dans une fente étroite et l'agrandit sans violence, est présentée à ce petit orifice, l'élargit et pénètre ; il faut insister un peu. Une canule de 9 à 10 millimètres est bonne pour tous les cas ; il est utile de l'enduire de vaseline.

Je vais maintenant revenir en quelques mots sur les quatre temps de l'opération. Et d'abord, je tiens à dire que le thermo-cautère est absolument inutile. Qu'on l'ait préconisé pour la trachéotomie, c'est fort bien ; mais pour une opération où l'hémorrhagie n'est pas à craindre, en vérité c'est bien de la peine pour un mince résultat. Sans parler des cas où l'urgence est extrême et la section lente impossible, à quoi bon infliger au malade une anxiété plus longue ? A quoi bon s'évertuer au maniement d'un outil qui ne fait l'hémostase qu'à force de patience et de délicatesse ? Ces « ponctions successives », tout ce fin travail avec le couteau rougi ne sont pas en situation.

Une manœuvre qui me paraît encore inutile, c'est d'immobiliser le cartilage thyroïde entre le pouce et le médius, et de marquer son bord inférieur avec l'index de la main gauche. Il vaut mieux, avec la pulpe de ce doigt, reconnaître la pomme d'Adam, puis la dépression qui sépare les deux cartilages ; descendre au besoin sur le cricoïde, dont la saillie est toujours dominante, puis remonter vers l'espace membraneux, sur lequel on avait glissé tant il semble étroit, marquer la ligne médiane avec l'ongle, tout près duquel on va faire l'incision et qui restera immobile jusqu'à l'introduction de la canule.

Premier temps : l'incision de la peau est courte, elle dépasse à peine les bords des deux cartilages.

Deuxième temps : la peau incisée, on peut aller jusqu'à la membrane d'un ou deux coups de bistouri. L'ongle est toujours en place pour marquer la ligne médiane. Il est complétement inutile de « voir ce qu'on fait », de placer des écarteurs, de disséquer timidement. Faut-il tenir compte de l'écoulement sanguin? Il m'est arrivé de placer une pince hémostatique, mais j'estime que c'est une manœuvre inutile dans tous les cas. L'hémorrhagie est insignifiante; on n'a pas à craindre l'irruption d'une quantité notable de sang par l'étroite ponction de la membrane que la canule va boucher immédiatement.

Troisième temps : la moindre perforation de la membrane cricothyroïdienne est suffisante ; les petits débridements latéraux, d'abord recommandés par M. Nicaise, et qui avaient pour but d'éviter les décollements et les déchirures de la muqueuse, ne sont pas utiles; lui-même y a renoncé.

Quatrième temps : inutile de rappeler qu'on s'expose à un échec certain avec les canules ordinaires. La canule à bec de Krishaber est l'instrument de nécessité. Le bec présenté à l'étroite incision, il faut pousser avec un peu d'insistance pour l'agrandir ; mais on réussit toujours. Ici se place la double question du volume de la canule et de l'incision du cricoïde.

Longtemps nous avons cru l'espace trop étroit parce qu'il semble tel à travers la peau, et aussi parce que Trousseau nous avait recommandé les larges canules. Mais, aujourd'hui, tous les faits publiés démontrent qu'une ouverture de 9 à 10 millimètres suffit à la respiration d'un adulte pendant de longs mois. Chez un de mes malades, une canule plus grande a remplacé la première, mais seulement après deux mois, et le bénéfice n'a pas été de longue durée, car la dyspnée progressive était due à la compression de la trachée par les masses ganglionnaires. Il est donc inutile de regretter les instruments qui n'entrent pas d'emblée dans l'espace crico-thyroïdien; d'autant plus que cet espace admet des canules plus grosses au bout de quelques jours, artifice auquel on a eu recours et qu'on pourrait toujours utiliser s'il le fallait absolument.

J'ai dit que l'introduction de la canule devait réussir toujours. Cependant, comme vous l'avez vu, je me suis trouvé deux fois mis en demeure d'inciser le cricoïde. Cette incision n'est pas une complication opératoire; elle n'est, en somme, qu'un débridement portant sur le cartilage, le forçant à céder par un léger écartement de ses deux moitiés latérales, et permettant ainsi à l'espace cricothyroïdien de s'agrandir un peu sous la pression de la canule. Mais dans quelle mesure ce débridement doit-il être conservé? Si, chez un premier malade, les cartilages ossifiés basculaient difficilement l'un sur l'autre, chez le second la difficulté m'a paru tenir unique-

ment à la position de la tête, que j'avais laissée sur l'oreiller sans la défléchir. Chez les suivants, j'ai mieux placé la tête et j'ai pénétré du premier coup. Je crois aujourd'hui que l'incision du cricoïde est un utile adjuvant quand on est mal installé, mal secondé, ou quand on est obligé d'opérer très vite, de « faire un trou » et de placer la canule ; autrement, la déflexion de la tête agrandit l'espace membraneux, facilite la bascule des cartilages et rend l'incision superflue. Les cas où elle devient nécessaire par l'étroitesse même de l'espace doivent être bien rares, si tant est qu'ils existent.

J'espère vous avoir démontré, messieurs, que l'opération est simple et peut être abordée sans crainte. Est-ce à dire que jamais nous n'aurons la moindre difficulté à placer ou à maintenir la canule ? Je ne l'affirmerai pas. Mais dès à présent nous pouvons dire que la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne n'a trompé aucune espérance, amené aucun déboire, et que les faits ont répondu victorieusement aux objections qu'on avait pu soulever.

La question s'est présentée pour la première fois à la Société de chirurgie en 1878, avec le rapport de M. Nicaise sur la première observation de Krishaber. Le rapporteur montre bien la simplicité de l'opération, juge qu'elle doit rester dans la pratique, mais ne la recommande que si la trachéotomie paraît difficile ou dangereuse : vaisseaux volumineux, hypertrophie thyroïdienne, court espace du cricoïde au sternum.

En 1882, dans une discussion nouvelle suscitée par mon premier fait, M. Nicaise a gardé la même réserve ; mais d'autres chirurgiens ont exprimé une opinion plus décisive. M. Verneuil déclare que l'opération est excellente et peut, dans la plupart des cas, remplacer la trachéotomie. M. Farabeuf l'a souvent répétée sur le cadavre et l'enseigne aux élèves, qui la réussissent d'emblée. D'autres orateurs, qui ont fait l'opération ou l'ont vu exécuter par Krishaber, déclarent qu'elle est sans périls et que la canule est très bien supportée pendant de longs mois.

M. Chauvel, au contraire, a éprouvé des difficultés assez graves pour hésiter à nous suivre. Mais dans le seul cas où notre excellent collègue du Val-de-Grâce ait pratiqué l'opération, il a fait usage d'une canule ayant le double défaut d'être ordinaire et volumineuse, puis d'une autre plus petite mais toujours ordinaire, qui ne voulut rester en place qu'après l'incision du cricoïde. C'est un essai à recommencer.

La note la plus discordante, comme on pouvait s'y attendre, est venue de M. Després. L'honorable contradicteur s'indigne qu'on veuille « proscrire la trachéotomie, qui a été considérée comme

une des plus grandes conquêtes de la chirurgie moderne ». Ceci n'est pas un argument ; voyons s'il en a de plus sérieux.

Il faut que la canule conserve un certain degré de mobilité; or, avec le procédé de Krishaber, « elle *doit* être fixe et produire ainsi des ulcérations de la paroi postérieure. » Mais les observations déjà nombreuses publiées depuis cette époque démontrent que la canule n'est pas serrée. Chez mon second malade, elle s'échappait souvent, et lui-même la replaçait sans difficulté ; j'ai omis ce détail dans l'observation, tant il a peu d'importance. Quant aux ulcérations de la paroi postérieure, on ne les a jamais vues.

« L'opération est mauvaise si la canule doit longtemps rester en place, car elle se trouve dans un anneau rigide et tous les mouvements de déglutition et de respiration se traduisent par un frottement pénible. » Je n'accorde à M. Després qu'une légère dysphagie les premiers jours. Tous les observateurs affirment que la canule est parfaitement tolérée pendant un an et plus ; je vous l'ai montrée fonctionnant bien après 19 mois.

« Une canule de petit diamètre n'est pas suffisante; avec une canule d'enfant les adultes ne peuvent pas respirer. » Mais une canule de 9 à 10 millimètres n'est pas une canule d'enfant, et nous avons vu qu'elle suffit toujours quand la trachée est libre.

M. Després cite une observation du professeur Gosselin, où se trouve à l'autopsie une fracture du cricoïde. Le malade n'en est pas mort, et je ne crois pas l'accident bien grave. Quoi qu'il en soit, la canule de M. Gosselin avait 12 millimètres; or, MM. Nicaise et Farabeuf ont remarqué, dans leurs expériences, que le cartilage peut être rompu si la canule est trop grosse et si le bistouri a fait une entaille légère à son bord supérieur.

Enfin, M. Després triomphe sur une observation de M. Verneuil, où « le bec de la canule, bridée dans l'espace crico-thyroïdien, a ulcéré la trachée et le tronc brachio-céphalique artériel. La trachéotomie n'a jamais été suivie d'accidents analogues ». Ici, l'orateur fait preuve de quelque témérité : MM. Roger, Barthez et Sanné ont cité des cas de perforation des voies aériennes par la pression de la canule, après la trachéotomie ; M. Roger trouve des ulcérations dans le cinquième des cas. M. d'Heilly a communiqué, le 11 avril 1884, à la Société médicale des hôpitaux, un exemple de perforation de la trachée et du tronc brachio-céphalique artériel dans les mêmes conditions; un auteur anglais, cité par lui, a vu deux fois le même accident. M. Bataille, interne provisoire dans le service de M. d'Heilly, a présenté à la Société anatomique, le 2 mai 1884, six observations recueillies en un seul mois, dans lesquelles on voit le bec de la canule entamer profondément plusieurs anneaux de la trachée, la partie inférieure de l'ulcération

répondant au point où passe le tronc brachio-céphalique. Dans deux cas il y eut hémorrhagie foudroyante par la plaie trachéale : l'un de ces derniers faits est celui que M. d'Heilly venait de communiquer; l'autre paraît analogue de tous points, mais l'autopsie manque.

En résumé, M. Després peut en être convaincu, l'ulcération des voies aériennes par la pression de la canule est un accident de la trachéotomie ; disons mieux, c'est un accident de la bronchotomie, qui ne dépend pas du lieu où la canule est enfoncée, et qui, par suite, ne peut servir d'argument contre l'une des opérations rivales. Aussi bien, dans les cas de M. Verneuil, le cou était d'une telle brièveté qu'on ne pouvait placer la canule ailleurs que dans l'espace crico-thyroïdien ; voilà qui suffirait à légitimer la conduite de l'opérateur.

Un dernier mot : nous avons pu craindre, au début, l'inflammation propagée aux cordes vocales, mais les faits ont dissipé cette crainte. Chez un de mes malades, j'ai constaté pendant un mois un peu de rougeur de ces replis, mais aucun symptôme alarmant ni aucune gêne.

Allons-nous maintenant, pour terminer ce débat, tracer un parallèle entre les deux procédés de bronchotomie et chercher leurs indications respectives ? Je puis me résumer ici en quelques mots, sans passer en revue tous les cas où l'ouverture des voies aériennes s'impose à nous. Il est bien évident que, pour un obstacle situé à la partie supérieure de la trachée, tel qu'un rétrécissement syphilitique, il n'est pas question d'ouvrir le larynx. Mais en dehors des faits de cet ordre, en vérité, je ne vois que des contre-indications à la trachéotomie, comparée à sa rivale : vaisseaux nombreux et gorgés de sang, hypertrophie thyroïdienne, déviation de la trachée par une tumeur, brièveté extrême du cou et profondeur des voies aériennes, déformation de la région par l'emphysème, par des lésions inflammatoires ou cicatricielles. Dans toutes ces conditions, qui dérobent la trachée ou rendent sa recherche périlleuse, le larynx est toujours visible, superficiel, facile à découvrir sans léser ni vaisseaux ni organes.

On a donné les altérations graves du larynx comme une contre-indication à l'opération de Vicq-d'Azyr. Je le crois sans peine, s'il s'agit d'une tumeur saillante en avant, déformant la région, voilant l'espace membraneux, ou d'une destruction avancée des cartilages par suppuration et nécrose. Il est facile d'imaginer des cas où la recherche de la trachée paraîtra plus sûre, et je ne soutiendrai pas qu'il faille disséquer péniblement une région profondément altérée sur la ligne médiane, pour s'exposer à des pressions douloureuses, à l'exacerbation des phénomènes locaux. Mais s'il est

facile d'imaginer des cas de ce genre, il est plus difficile de les rencontrer, et je ne crois pas qu'il faille exagérer cette réserve; à preuve trois de mes malades, dont les cartilages étaient partiellement détruits, fracturés par le tubercule ou le cancer, qui ont très bien toléré la canule, et chez qui l'opération a donné tous ses effets utiles.

Il est enfin des malades dont la région cervicale est saine, mince, et ne fait prévoir aucune difficulté insurmontable; on n'a que l'embarras du choix. Je dis qu'alors même il faut choisir la laryngotomie, la seule des deux opérations qui n'ait pas de surprises. Je dis qu'il faut répéter aux praticiens, aux internes de nos hôpitaux, à tous ceux qui sont appelés à intervenir d'urgence, un conseil qui pourra vous sembler excessif, mais que je crois utile aux malades et que je n'hésite pas à formuler :

Chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points, la seconde est une imprudence.

Discussion.

M. Verneuil. C'est de toutes mes forces que je viens appuyer les conclusions du travail de M. Richelot. J'ai moi-même déjà dit que la trachéotomie était une opération destinée à disparaître de la pratique générale de la chirurgie, ou à n'être, du moins, qu'une rare exception. Mes collègues, je suis heureux de le constater, tendent à adopter la même opinion. Sur un seul point, je ne suis pas complètement d'accord avec M. Richelot. En effet, j'estime que le thermo-cautère est un instrument utile pour assurer l'hémostase lorsqu'on fait l'opération chez l'adulte.

M. Le Dentu. A l'appui de ce qui vient d'être dit, je puis citer un fait de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne qui m'est personnel. Malheureusement je n'ai pas présents à la mémoire tous les détails de l'observation et des suites éloignées de l'opération. Ce que je me rappelle très bien, c'est qu'il s'agissait d'un garçon de 20 à 25 ans, chez lequel existait une dyspnée intense, et que j'opérai avec l'assistance de Krishaber. L'incision de la peau fut faite *très rapidement* avec le thermo-cautère, et immédiatement la membrane crico-thyroïdienne découverte fut ponctionnée avec le même instrument sur une étendue de 2 à 3 millimètres seulement. Par cette ouverture,la canule conique de Krishaber put être introduite avec la plus grande facilité. Aucun accident ne survint dans les jours qui suivirent; il n'y eut même pas de dysphagie notable et presque pas de suppuration. En un mot, la tolérance de la canule fut

complète pendant un mois, durant lequel j'observai le malade.

Si tous les cas d'opération de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne sont semblables à celui-là, je puis dire que c'est une opération parfaite. Le manuel opératoire en est, de toute façon, infiniment plus facile que celui de la trachéotomie. Mais je dois dire que l'emploi du thermo-cautère n'est pas indispensable. Sans doute, il a supprimé complètement tout écoulement de sang, dans le cas que je viens de rapporter, mais, généralement, l'hémorrhagie n'est pas à craindre. La section de la membrane crico-thyroïdienne sur une petite étendue et l'élargissement de cette section par la canule me paraissent suffisants et d'exécution facile. M. Richelot a raison d'insister sur l'emploi de la canule conique de Krishaber qui dilate l'ouverture en déchirant la membrane. On ne saurait s'en passer. Je me suis servi du n° 5 de la filière de Mathieu, mais peut-être la graduation des canules fabriquées par Collin est-elle différente. Dans la filière Mathieu, le n° 5 correspond à un diamètre de 8 à 9 millimètres environ.

La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne est donc supérieure à la trachéotomie chez l'adulte. Sans doute cette dernière peut encore souvent être pratiquée, mais quand les veines donnent beaucoup de sang, il faut opérer vite, se hâter de terminer immédiatement l'opération, et l'on agit alors à l'aveuglette. Il y a enfin le danger de l'hémorrhagie tardive. J'ai eu, une fois, cet accident. Il se produisit, peu d'heures après l'opération, une hémorrhagie en nappe chez un homme d'un certain âge que j'avais trachéotomisé pour un cancer. La saillie du sternum, la profondeur à laquelle était située la trachée, avaient rendu difficile l'introduction de la canule, et la mort survint par suite de l'écoulement de sang qui se produisit à la suite de l'opération. Dans ce cas, la laryngotomie eût été certainement préférable.

A l'avenir, je n'hésiterais plus à la pratiquer. Je ferai remarquer pourtant que les conditions sont un peu différentes chez l'adulte et chez le vieillard. Les expériences de M. Nicaise ont en effet montré que, chez ce dernier, la fracture du cartilage cricoïde pouvait se produire.

M. Nicaise. Vicq-d'Azyr a, le premier, préconisé la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne que Krishaber a réhabilitée. Dans le rapport sur cette opération que j'ai eu à faire autrefois devant la Société, j'ai émis les mêmes idées que M. Richelot. Les expériences que j'ai faites à cette occasion seront l'objet d'une communication dans la prochaine séance. Je veux seulement rappeler que, le plus souvent, dans ces expériences, j'ai vu le cartilage cricoïde fracturé. J'ai constaté aussi des déchirures assez étendues de la muqueuse.

La conclusion de mon rapport avait été que l'opération était bonne, mais qu'elle n'était praticable qu'en employant une canule d'un petit calibre, telle que celle de Krishaber.

M. Marchand. Dans bien des cas, lorsqu'il s'agit de placer une canule, la première condition à remplir est d'agir rapidement. Sur sept opérations de ce genre, je n'ai fait qu'une seule fois la laryngotomie.

Sur mes six trachéotomies, une seule, faite pour une tumeur du corps thyroïde qui empiétait sur le larynx, a présenté des difficultés, et, dans ce cas, la laryngotomie eût été également difficile.

La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, que j'ai pratiquée, a été laborieuse. Il s'agissait d'un adulte vigoureux, atteint de laryngite tuberculeuse. J'ai mis beaucoup de temps à découvrir l'espace crico-thyroïdien ; la membrane était profonde. Peut-être les difficultés provenaient-elles surtout du défaut d'expérience de ma part. J'ignore, d'ailleurs, quelles ont été les suites de l'opération; le malade était dans le service de M. Th. Anger.

Je me demande s'il y a réellement lieu d'abandonner la trachéotomie, surtout quand il faut agir rapidement. Si les chirurgiens doivent y renoncer, ils auront à faire un nouvel apprentissage ; il leur faudra s'exercer à pratiquer la laryngotomie.

M. Kirmisson. La présente discussion me rappelle un fait malheureux publié dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Il s'agit d'un malade du service de M. Gosselin, âgé de 57 ans, qui mourut quelques jours après l'opération; on trouva à l'autopsie une fracture du cartilage cricoïde.

Il me semble préférable, pour éviter cet accident, de faire l'excision partielle du cartilage cricoïde (*crico-ectomie*). J'ai vu cette opération exécutée une fois par M. Panas, sur un malade qui recouvra ultérieurement la voix.

Je l'ai pratiquée une fois moi-même sur un jeune homme atteint de lympho-sarcome du cou.

Sans partager complètement l'avis de M. Marchand, je dirai que pour se décider à faire la laryngotomie, il faut avoir pu établir un diagnostic suffisamment précis et ne pas s'exposer à tomber sur un larynx malade.

M. Richelot. De ce que vient de dire M. Marchand, il semblerait résulter que la trachéotomie est une opération facile, et qu'au contraire la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne est d'une exécution difficile. C'est plutôt l'inverse qu'il faudrait dire. On est toujours sûr de pouvoir terminer une opération de laryngotomie, tandis

qu'on peut toujours craindre de voir l'opéré succomber pendant la trachéotomie.

Dans le fait que nous a cité M. Kirmisson, il est bon de remarquer que M. Gosselin s'est servi d'une canule de 12 millimètres de diamètre. C'est là, sans doute, la cause de la fracture du cartilage cricoïde, car l'espace inter-crico-thyroïdien n'a que 11 millimètres.

J'ai vu une seule fois tenter la *crico-ectomie*, et par M. Panas lui-même. Or, dans ce cas, l'opération n'a pu être achevée; des accidents d'asphyxie se sont produits; il a fallu mettre l'opéré la tête en bas pour le rappeler à la vie, et, s'il n'a pas succombé, on ne peut cependant citer ce fait comme plaidant en faveur de l'excision du cartilage cricoïde. Je termine en disant à M. Kirmisson que bien évidemment, si l'on trouve un cancer du larynx qui empêche de faire la laryngotomie, on a toujours la ressource de faire la trachéotomie.

Communication.

M. Le Bec lit une observation intitulée : *Hernie congénitale étranglée; ectopie testiculaire; castration; résection du sac; guérison.*

(Commission : MM. Nicaise, Bouilly, Richelot, rapporteur.)

Scrutin sur la demande d'honorariat de M. Guéniot.

Nombre des votants	19
Oui	19

M. Guéniot est nommé membre honoraire de la Société.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 31 mars 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Un cas d'arrachement du bras et de l'omoplate, suivi de guérison*, par le Dr E. Loumeau, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux;

3° *Comments of Pasteur's method of treating hydrophobia*, par M. Ch. Dulles (de Philadelphie);

4° *Annual report of the board of regents of the Smithsonian Institution for* 1883. Transmis par M. le ministre de l'instruction publique;

5° *Ulcère du dos, ablation, guérison; deux taillés sus-pubiennes*, par le Dr de Fontaine (commissaire : M. Terrier);

6° M. le Dr Auguste Reverdin (de Genève) fait hommage à la Société de nombreuses brochures sur des sujets variés de chirurgie;

7° M. Richelot, chargé du cours de pathologie externe à la Faculté, demande un congé pendant la durée du semestre d'été (renvoi à la commission des congés).

Présentation de malade.

M. Nicaise présente un malade atteint d'ostéites multiples, auquel il a pratiqué successivement plusieurs amputations, et qui a guéri.

Type de tuberculose exclusive des os et des articulations.

Ostéites et arthrites tuberculeuses multiples. — Abcès froids, fistules. — Amputation de la jambe et de l'avant-bras droits. — Guérison, par M. Nicaise.

W. A..., âgé de 24 ans, entre le 2 novembre 1883 dans mon ser-

vice, à l'hôpital Laënnec. Ce malade a été garçon boucher de 13 à 18 ans.

Pas d'*antécédents héréditaires*. Père et mère se portant bien; trois sœurs et trois frères qui se portent très bien.

Antécédents personnels. — *A trois ans*, fièvre typhoïde. Excellente santé *jusqu'à treize ans.*

A cet âge, la *cuisse droite* a enflé à la partie moyenne sans changement de coloration à la peau. Cette enflure a disparu au bout de quinze jours de repos.

A quinze ans, *abcès du cou* au-dessous du corps thyroïde. Ouverture et suppuration pendant un mois. Il reste aujourd'hui une cicatrice.

Deux mois après, douleurs vagues dans la *colonne vertébrale*, surtout à la fin de la région dorsale. Durée : huit jours.

A seize ans, douleur et gonflement de l'*articulation du maxillaire inférieur* du côté droit, ainsi que de la branche montante du même côté. Abcès qui s'est ouvert dans la bouche quinze jours après. Depuis ce moment, le malade a gardé du gonflement de ce côté; la raideur de l'articulation persiste, ainsi que la difficulté d'écarter les mâchoires. En 1884, étant à Laënnec, il a même été repris de douleurs vives de ce côté, et un second abcès s'est ouvert au dehors, un peu au-dessous et en avant du lobule de l'oreille. Une *fistule* s'ouvre par moments.

En 1878, en même temps qu'existait le gonflement de la joue droite, un abcès s'est formé sur le dos du *gros orteil* du côté gauche, au niveau de l'articulation de la première à la deuxième phalange. Ouverture et longue suppuration. Petite *fistule* donnant encore de temps en temps. En 1884, second abcès à côté du premier, ouverture et grattage. Guérison au bout d'un mois.

En 1879, gonflement du dos du *pied droit*. Impossibilité de marcher. Traitement par le repos et les badigeonnages de teinture d'iode. Trois mois après, abcès au-dessous et en avant de la malléole externe; ouverture spontanée; fistule. Puis, coup sur coup, deux abcès au voisinage de celui-ci et un en dedans. Fistules multiples. Abcès très douloureux sur le dos du pied; ouverture spontanée et fistule consécutive.

En 1881, gonflement du dos de la *main droite*. Douleur très vive dans le *poignet*. Abcès et fistule en arrière, au-dessous de l'articulation, dans la paume de la main. Gonflement des articulations métacarpo-phalangiennes de l'*index* et du *petit doigt* du même côté. Fistules donnant beaucoup.

A travaillé pendant deux ans dans cet état, en 1881 et 1882. Est entré à Lariboisière le 17 janvier 1883. Traitement par l'iodoforme, pointes de feu. Appareil plâtré pour le pied. Attelle pour la main; néanmoins, la main se fléchissait.

Arrivée à Laënnec le 2 novembre 1883.

Teint pâle, amaigrissement. Le malade tousse un peu, mais n'a pas d'hémoptysie. Rien au poumon.

Ce malade est dans un état de faiblesse extrême; ses fistules suppurent abondamment au niveau des deux pieds, de la main droite et du maxillaire. La suppuration la plus abondante existe au niveau du cou-

de-pied droit, sur le pied et la partie inférieure de la jambe; il y a là une arthrite tibio-tarsienne avec lésions de voisinage étendues.

Le malade est obligé de garder complètement le lit.

Un traitement général réparateur est prescrit; les abcès et trajets fistuleux sont vidés, nettoyés. Pansement à l'iodoforme.

Une certaine amélioration se montre dans l'état général.

Le 7 mai 1884, le malade accepte l'amputation de la jambe droite, qu'il avait refusée jusque-là; l'amputation est faite au tiers inférieur, et la guérison est assez rapide. W... peut alors se lever (il était au lit depuis janvier 1883, c'est-à-dire depuis dix-sept mois) et aller dans le jardin, au grand air et à la lumière.

L'amélioration de l'état général s'accentue de plus en plus; quelques fistules persistent sur le poignet et la main droites, dont tous les doigts sont déformés et les articulations raides; de plus, des douleurs assez vives existent en ces points.

En janvier 1886, W... réclame l'amputation de la main, qui est pratiquée par M. le Dr Routier, qui me remplaçait alors. La cicatrisation est complète au bout de quinze jours.

Aujourd'hui le malade est guéri; il n'a pas de fistules, et son état général est excellent; il porte deux appareils prothétiques, et va se placer comme employé.

Remarques. — L'histoire de ce malade est intéressante. Voici un homme de 25 ans qui, sans antécédents héréditaires, est pris à 13 ans, au moment où il était garçon boucher, de douleurs dans la cuisse droite; à 15 ans, d'un abcès superficiel du cou et de douleurs dans la colonne vertébrale.

A 16 ans, survient un ostéite du maxillaire inférieur, avec abcès et fistules, puis une ostéo-arthrite du gros orteil gauche; à 17 ans, ostéo-arthrite suppurée du tarse droit et de l'articulation tibio-tarsienne; à 19 ans, ostéo-arthrites suppurées du poignet et des doigts de la main droite.

Malgré toutes ces lésions, W... travaille en 1881 et 1882; mais elles s'aggravent et suppurent davantage. Il reste une année dans un hôpital, puis vient à Laënnec dans un état déplorable.

Les abcès et fistules sont traités par l'incision, le curage, le drainage, et pansés à l'iodoforme. En même temps survient une certaine amélioration dans l'état général; celle-ci s'accentue après l'amputation de jambe.

Il est à remarquer que ce malade n'a jamais eu de lésions viscérales, les poumons sont restés indemnes.

C'est un type clinique spécial de tuberculoses multiples qui atteignent les os et les articulations, et respectent les viscères; les ganglions eux-mêmes n'étaient pas pris chez notre malade.

Ces tuberculoses locales, à apparition successive, à marche

lente, se sont montrées pendant la période de développement des os.

C'est donc une variété clinique de tuberculose qu'il importe de distinguer des autres.

Y a-t-il une différence entre cette forme de tuberculose et celle qui atteint les viscères, les poumons?

Quelles sont les conditions de développement de l'une ou de l'autre forme?

Ce sont des questions qu'il est encore difficile de résoudre.

J'insiste sur ce point que la variété clinique présentée par notre malade est favorablement influencée par l'intervention chirurgicale.

En soignant l'état général et en traitant successivement et non simultanément les différentes lésions, nous avons pu amener ce malade à guérison, ainsi que vous le voyez. Le traitement a duré deux ans.

Ce cas n'est pas unique, j'en ai observé plusieurs à l'hôpital Laënnec, chez lesquels le résultat fut le même.

Discussion.

M. Reclus. J'ai observé, à Bicêtre, un malade dont l'histoire a de grandes analogies avec celle du malade de M. Nicaise. C'est un homme de 56 ans, qui, très jeune, a présenté des signes de tuberculose. Il a subi successivement l'amputation d'un métatarsien, une amputation médio-tarsienne, puis l'amputation de la jambe. Au bout d'un certain temps, il fallut lui faire une amputation partielle de la main, une amputation de l'avant-bras, puis du bras, et, enfin, de son moignon. Plus tard, j'ai eu à le soigner pour une série d'abcès froids que les causes les plus légères, telles que l'application d'un appareil, avaient déterminés chez lui.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que cet individu avait eu, à 16 ans, des hémoptysies, et qu'à l'époque où je l'observais, alors qu'il était âgé de 56 ans, on ne pouvait plus constater chez lui l'existence de lésions pulmonaires. J'ignore ce que ce malade est devenu, mais, quand je l'ai perdu de vue, sa santé était, en apparence, très bonne.

Présentation de malade.

M. Le Fort présente un malade atteint d'une *tumeur de l'orbite*.

C'est un jeune garçon de 13 ans et demi. Il y a quatre ans, il a

commencé à avoir une légère exophthalmie de l'œil gauche; celle-ci a augmenté notablement, il y a dix-huit mois, et l'œil s'est dévié en bas. Enfin, il y a trois semaines, il s'est fait par la narine un écoulement de sérosité mélangée de pus. En même temps, la paupière a notablement rougi, et la rougeur a augmenté depuis huit jours.

Aujourd'hui, l'œil est refoulé en bas; les paupières sont en partie rapprochées. La tumeur est molle, sans fluctuation véritable; elle fait saillie surtout à la partie supéro-interne de l'orbite. L'os frontal est épaissi vers la racine du nez. On ne constate pas de battements ni de bruit de souffle par l'auscultation. Le globe oculaire est mobile, et la vision est conservée.

Après le premier examen, bien qu'il ait été fait d'une façon très ménagée, il y a eu des douleurs, un peu de somnolence et de mal de tête; la rougeur a aussi augmenté.

Discussion.

M. Trélat. Le diagnostic de kyste enflammé, formulé par quelques-uns de mes collègues, ne me paraît pas fondé ; je considère cette tumeur comme un abcès froid sous-périostique. En effet, la forme de la tumeur est celle d'une lésion sous-périostique : elle soulève le sourcil et affleure, en dedans, la région du canal nasal, sans recouvrir le sac lacrymal. Elle est, en outre, fluctuante et douloureuse. Ce sont là les caractères d'une collection purulente située au-dessous du périoste, d'un abcès froid sous-périostique.

C'est en raison de la longue durée de la maladie que M. Verneuil admet un kyste enflammé de l'orbite. Mais cette raison me paraît insuffisante, car j'ai soigné un abcès analogue qui durait depuis sept ans.

M. Le Fort. Je me rattache à l'idée d'un kyste enflammé, en me fondant sur ce fait que la rougeur s'est développée dans ces derniers temps, et que l'écoulement qui s'est produit il y a trois semaines était formé par un mélange de sérosité et de pus.

M. Trélat. L'ozène très évidente dont est atteint ce jeune malade me paraît confirmer le diagnostic d'abcès sous-périostique, que j'ai émis. Le pronostic de l'affection me semble, d'ailleurs, relativement favorable.

M. Verneuil. Il s'agit bien, aujourd'hui, d'une collection purulente; mais, à cause de la durée de la maladie, je crois qu'elle résulte de l'inflammation d'une poche kystique. Il faut, de toutes façons, ouvrir la poche et en extirper les parois. Le pronostic ne

me paraît pas aussi rassurant qu'à M. Trélat. Je me rappelle, en effet, avoir observé un jeune enfant atteint d'une tumeur fibro-plastique de la même région. Elle était molle et donnait une fluctuation des plus évidentes. Cependant, la ponction avec un petit trocart ne laissa pas écouler une seule goutte de liquide. La tumeur fut enlevée par moi, et, bien que l'opération eût été faite en ville, dans de bonnes conditions, un phlegmon profond de l'orbite se développa, et la mort s'ensuivit.

M. Trélat. Ce n'est qu'en supposant une erreur de diagnostic résultant de la fluctuation évidente donnée par la tumeur, que le pronostic pourrait devenir défavorable dans le cas qui nous est présenté. Je pense, au contraire, que la tumeur ne se prolonge pas vers le sommet de l'orbite, car le globe oculaire est intact et la vision conservée.

M. M. Sée. J'admets aussi que nous sommes en présence d'un abcès d'origine osseuse. La lésion s'étend même à l'os propre du nez. L'abcès s'est développé lentement et a donné lieu seulement dans ces derniers temps à des phénomènes aigus. Il faut ouvrir largement la poche purulente et la bourrer ensuite de gaze iodoformée.

M. le Président annonce à la Société que M. le Dr Gillette est décédé ce matin même, et propose de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée à 4 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 7 avril 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Recherches sur le rôle respectif des ptomaïnes et des microbes dans la pathogénie de la septicémie*, par les Drs JEANNEL et LAULANIÉ ;

3° Le tome LXVIII des *Medico-Chirurgical Transactions* de la Société royale médicale et chirurgicale de Londres (année 1885) ;

4° M. le Dr FERRET, ancien chirurgien de l'hôpital de Meaux, prie la Société d'accepter le dépôt d'un pli cacheté contenant des observations d'ophthalmologie ;

5° *Observation et dépôt d'un monstre anencéphale*, par M. le Dr J. ROUSSEAU (de Laon) (commission : MM. MARC SÉE et KIRMISSON, rapporteurs) ;

6° M. le Dr Nicaise dépose, de la part de M. le professeur SKLIFOSSOWSKY (de Moscou), le compte rendu de sa clinique chirurgicale pour les années 1880 à 1884 inclusivement.

Présentation de malade.

M. VERNEUIL. J'ai toujours été partisan des résections que j'appelle anaplastiques, et auxquelles M. Ollier donne le nom d'orthomorphiques. Elles me paraissent particulièrement précieuses pour le redressement des pieds bots qui ne peuvent être guéris par l'emploi des procédés orthopédiques. Lorsqu'en effet la ténotomie, l'application des appareils et même le massage forcé tel que le pratique Delord sont impuissants, c'est à la résection qu'il faut recourir.

Le jeune garçon que je vous présente est âgé de 11 ans. C'est le fils d'un facteur rural, qui m'a été adressé de province. Affecté de pied bot, il pouvait cependant marcher, mais il était gêné dans la marche et, par suite de la pression supportée par le bord externe de son pied, exposé à des accidents ultérieurs.

Je résolus de faire la résection des os du tarse que je n'avais pas encore eu l'occasion de pratiquer, et je me proposai d'enlever tout ce qui ferait obstacle au *redressement sans effort* du pied.

Le moule que je mets sous vos yeux représente la difformité telle qu'elle existait avant l'opération : la saillie du cuboïde était extrême et constituait une espèce de prolongement ostéoplastique du pied au niveau duquel s'était formée une bourse séreuse qui, de temps en temps, s'enflammait.

Assisté de mes collègues MM. Lannelongue, Saint-Germain et Le Dentu, je fis, après anesthésie, une incision sur le bord externe

du pied et j'enlevai d'abord l'astragale, mais le redressement du pied fut impossible. Je fis l'ablation du cuboïde, qui permit seulement une légère inflexion. Après l'enlèvement du scaphoïde, qui était aplati et réduit à la moitié de son volume, le redressement s'effectua mieux, mais, pour l'avoir complet, il me fallut enlever la moitié antérieure du calcanéum. Le pied put alors être ramené dans l'axe de la jambe.

Pour assurer le résultat, je m'occupai d'abord de la plaie opératoire. Une attelle plâtrée maintint l'immobilité du pied, et la plaie béante fut remplie de gaze iodoformée et recouverte d'un pansement antiseptique. Il n'y eut pas, d'abord, de réaction, mais vers le quatrième jour il se développa une arthrite des articulations voisines, sans propagation aux gaines, et il y eut un mouvement fébrile que je combattis par le sulfate de quinine.

Ce n'est qu'au bout d'un mois, alors que la plaie bourgeonnait bien, que je m'occupai de rectifier complètement la position du pied par l'application de trois attelles plâtrées. La cure a duré trois mois. Le résultat est très satisfaisant, comme vous pouvez en juger par ce moule fait depuis l'opération et par l'examen du pied du jeune garçon lui-même. La marche est aujourd'hui facile.

Discussion.

M. Le Dentu. Je suis très favorablement impressionné, je l'avoue, par le résultat obtenu dans ce cas. Ayant assisté à l'opération, j'avais été, au premier moment, inquiet sur les suites, tant la brèche était énorme, irrégulière, et le pied comme flottant.

Tout récemment, j'ai songé à pratiquer une opération analogue chez un malade de mon service. C'était un homme de 32 à 35 ans, affecté d'un double pied bot, qui souffrait en marchant. J'en étais arrivé à penser qu'il faudrait, pour redresser le pied, extirper tous les os du tarse sauf le calcanéum. Le malade a hésité à se soumettre à l'opération, parce que je ne pouvais lui affirmer que la marche serait sûrement plus facile. Je me suis abstenu d'insister, et cet homme a quitté mon service.

M. Lucas-Championnière. J'ai eu l'occasion de faire l'ablation de l'astragale pour un pied bot paralytique chez une jeune fille qui marchait sur la pointe du pied et avait même une tumeur blanche du gros orteil.

Le résultat a été satisfaisant ; cette jeune fille marche bien aujourd'hui, malgré l'atrophie de ses muscles.

Mais dans ces opérations la réunion primitive que M. Verneuil n'a pas voulu tenter peut être faite avec avantage. Elle permet de

gagner du temps. Chez ma malade la plaie était guérie au bout de vingt jours.

En comparant le moule que nous présente M. Verneuil, avec le pied de son jeune garçon, je remarque que le résultat est aujourd'hui encore plus satisfaisant, au point de vue de la conformation, qu'au moment où le moule a été fait. Il est probable que dans deux mois la différence sera plus grande encore. Quelque chose d'analogue s'est produit chez mon opérée. Dans les premiers temps, la malléole externe repoussait le pied en dedans et je songeais à l'enlever. Peu à peu, cependant, le pied s'est redressé et la malade a fini par marcher franchement sur la plante du pied. Il me semble qu'il y a toujours intérêt à conserver la mortaise osseuse au premier moment, sauf à en faire plus tard la résection si elle devient gênante.

M. Le Fort. Le résultat obtenu par M. Verneuil sur son opéré est remarquable. Mais j'ai vu des opérations analogues dont les résultats étaient beaucoup moins satisfaisants. Quelquefois, les opérés marchent plus mal après qu'avant l'opération ; il survient parfois des caries ou des nécroses des os.

La grosse question, dans ces opérations, c'est l'âge du sujet. Chez les tout jeunes enfants, on obtient avec les appareils des résultats très remarquables. Je puis, en ce moment, les constater chez un enfant que je me propose de présenter à la Société. Après avoir fait la section des plans fibreux qui s'opposaient au redressement, je lui ai appliqué l'appareil plâtré et silicaté combiné qu'a préconisé un chirurgien allemand dont le nom m'échappe. On applique d'abord l'appareil silicaté, et par-dessus, des attelles plâtrées, pour maintenir la position qu'on veut donner au pied. Les attelles plâtrées sont enlevées au bout de quatre à cinq jours.

Les expériences de Reyher sur les jeunes animaux ont montré avec quelle facilité on peut imprimer aux membres les positions les plus variées par l'emploi des appareils.

Je crois que toutes les fois que cela est encore possible, en raison du jeune âge du sujet, il faut préférer le redressement.

M. Th. Anger. Un jeune homme de 17 ou 18 ans est entré dans mon service pour une fracture de la colonne vertébrale suivie de paraplégie. Consécutivement, il s'est produit un double pied bot contre lequel la ténotomie a échoué. M. Nélaton, qui me remplaçait, a essayé plus tard la tarsotomie, mais a dû, en définitive, faire l'amputation. La paraplégie a à peu près disparu, mais la nutrition du membre est profondément atteinte. Je me demande, et je demanderai à M. Verneuil, si la tarsotomie aurait chance de réussir dans un cas semblable.

M. VERNEUIL. Il y a, en effet, des cas où l'amputation est la seule ressource. A un jeune homme de l'Amérique du Sud qui avait des durillons développés sur les saillies osseuses d'un double pied bot, j'ai dû faire une désarticulation médio-tarsienne.

Ainsi que le pense M. Lucas Championnière, la conservation de la mortaise osseuse est très importante, et si la malléole externe paraissait faire obstacle, par sa saillie, au redressement complet, il vaudrait mieux poursuivre la résection sur ce qui reste des os du tarse, que de la sacrifier.

Le pied de mon opéré est très solide. J'attribue ce résultat à la formation du tissu inodulaire très épais qui réunit les surfaces osseuses. Si j'avais fait la réunion primitive, il n'y aurait pas eu d'inflammation et, sans doute, la consolidation eût été moins parfaite.

M. M. PERRIN. Dans son opération, M. Verneuil a enlevé successivement l'astragale, puis le cuboïde, et enfin le scaphoïde. Ne serait-il pas préférable de faire une résection cunéiforme sans s'inquiéter sur quel os elle porte?

M. VERNEUIL. Le point important est d'enlever *tout ce qu'il faut* pour que le redressement se fasse sans effort.

M. TRÉLAT. La formation de liens fibreux résistants entre les parties osseuses conservées est la règle après les résections. C'est ainsi que, lorsqu'on a réséqué l'articulation de l'épaule ou de la hanche et que la cicatrice est complète, on constate, comme je l'ai fait dans un cas, qu'il s'est formé des faisceaux fibreux très solides. Pour la hanche, en particulier, c'est grâce à la formation de ces faisceaux que les os sont maintenus rapprochés et que les opérés arrivent à marcher.

Rapport.

Du cathétérisme rétrograde : deux observations de M. le docteur CAUCHOIS (de Rouen), et de M. le docteur DOUART, médecin-major à Bourges.

Rapport par M. Charles MONOD.

J'ai à vous rendre compte de deux intéressantes observations qui vous ont été adressées, l'une par M. le docteur Cauchois (de Rouen), l'autre par M. le docteur Douart, médecin-major aux établissements d'artillerie de Bourges, observations dans lesquelles le cathétérisme rétrograde, fait au cours d'uréthrotomies

externes difficiles, a permis de mener à bien des opérations qui, sans cette ressource, seraient restées inachevées.

Il m'a paru que je pouvais profiter de cette occasion pour vous présenter, au sujet du cathétérisme rétrograde, des indications de cette opération et des procédés qui peuvent être employés pour l'exécuter, quelques considérations générales qui n'ont pas encore trouvé place dans vos Bulletins.

Aussi bien, surtout depuis que la taille sus-pubienne, de moins en moins redoutée, devient d'une pratique courante, l'attention des chirurgiens paraît-elle attirée de nouveau sur la possibilité d'aborder l'urèthre par la vessie [1]. Le moment semble venu de rechercher en quelles circonstances cette manœuvre peut être utile, et quelle est sa réelle valeur.

I. Je résume tout d'abord les deux observations de nos confrères.

Le malade de M. Cauchois est un homme âgé de 26 ans, entré le 14 octobre 1884 à l'hôtel-Dieu de Rouen, pour des troubles de la miction et des fistules, dont l'origine remontait à un traumatisme subi quatorze mois auparavant. Cet homme, renversé par un éboulement, avait subi une rupture de l'urèthre suivie d'un phlegmon au périnée, terminé de même par suppuration et fistules.

A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence d'un rétrécisse-

[1] Nous donnons ici l'indication de quelques travaux récemment parus sur le cathétérisme rétrograde :

Ranke, Beitrag zum Catheterismus posterior, aus der Volkmann'schen Klinik (*Deutsche med. Wochensch.*, 1876, n° 6, p. 62); Ein weiterer Beitrag zum Catheterismus posterior (ibidem, n° 29).

Neuber, Beiträge zum Catheterismus posterior, aus der chirurgischen Klinik des prof. Esmarck zu Kiel (*Archiv. f. klinische Chirurgie*, 1881, t. XXVI, p. 502).

Poisson (de Nantes), Rupture de l'urèthre. Uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde. Guérison. Observ. et remarques (*Revue de chirurgie*, 1881, t. I, p. 917).

Duplay, Du cathetérisme rétrograde combiné avec l'uréthrotomie externe dans les cas de rétrécissements infranchissables de l'urèthre (*Arch. génér. de médecine*, 1883, 7e série, t. XII, p. 38).

Beaucard, Du cathétérisme rétrograde (*Thèse de Nancy*, 1885, 1re série, n° 206).

Heydenreich, Du cathétérisme rétrograde (*Semaine médicale*, 1885, 30 septembre, n° 40, p. 327).

Voyez aussi les articles de Voillemier, *Traité des maladies des voies urinaires*, Paris, 1868, p. 330; de Reliquet, *Traité des opérations des voies urinaires*, Paris, 1871, p. 320; de Dittel, Rétrécissements de l'urèthre, dans *Handbuch des allg. u. spec. Chirurgie von Pitha u. Billroth*. Stuttgart, 1871-1875, t. III, 2e partie, B, p. 170 et dans *Deutsche Chirurgie*. Stuttgart, 1880, 49e livraison, p. 194.

ment à l'urèthre que ne peuvent franchir les plus fines bougies; l'urine s'écoule presque tout entière par les orifices fistuleux.

Le 10 décembre, première tentative d'uréthrotomie externe (par le docteur Tinel), qui n'aboutit pas; il fut impossible de découvrir le bout postérieur de l'urèthre.

Le 5 février 1885, deuxième tentative semblable (par le docteur Cauchois), mais combinée cette fois avec le cathétérisme rétrograde, pratiqué grâce à une ouverture faite à la vessie au-dessus du pubis.

L'opération comprit les trois temps suivants :

1° *Incision périnéale.* — Introduction dans la portion antérieure de l'urèthre d'une sonde en caoutchouc rouge n° 17, qui ressortait par la boutonnière périnéale.

2° *Taille sus-pubienne.* — Ici se place un incident particulier sur lequel insiste M. Cauchois. L'incision sus-pubienne avait été faite transversalement, juste au-dessus de l'os, qu'elle rasait. Parvenu dans l'espace retro-pubien, le chirurgien n'y trouve pas la vessie. Il fallut faire tomber sur la lèvre supérieure de l'incision transversale une deuxième incision verticale; celle-ci mit à découvert une masse molle, dépressive, qui n'était autre que la vessie.

Cette disposition sort tout à fait de l'ordinaire. La règle est, dans les cas de ce genre, que la vessie, habituellement vide d'urine, ne pouvant d'autre part se distendre par une injection, en raison du rétrécissement de l'urèthre, qui empêche cette manœuvre préalable, soit ratatinée et profondément cachée derrière le pubis, au point que sa découverte est parfois difficile.

Ici au contraire elle occupait une position relativement élevée. M. Cauchois explique cette circonstance par des adhérences produites au moment du traumatisme, qui avaient fixé l'organe derrière la paroi abdominale. — Circonstance heureuse en somme, qui, si elle avait été connue, aurait singulièrement abrégé l'opération.

3° *Cathétérisme rétrograde.* — Une sonde à grande courbure, introduite à travers une ouverture faite à la vessie, pénètre facilement dans le col et vient faire saillie dans la plaie périnéale.

4° *Mise en place de la sonde à demeure.* — La sonde rouge préalablement introduite dans le bout antérieur de l'urèthre est fixée à l'extrémité du cathéter engagé dans le bout postérieur. En retirant celui-ci la sonde est ramenée dans la vessie. Elle parcourt toute l'étendue du canal. Elle est laissée à demeure.

Les suites de cette opération furent des plus simples. La sonde à demeure fut maintenue pendant trois mois; elle ne fut dans cet espace de temps renouvelée que deux fois. Le malade, à ce mo-

ment, put être considéré comme guéri. En effet, trois semaines après l'ablation définitive de la sonde, une bougie n° 21 pénètre facilement dans la vessie; toutes les plaies étaient cicatrisées; la miction était facile. On continue cependant la dilatation progressive jusqu'à introduction facile d'une bougie n° 24.

Le malade quitta alors l'hôpital, quatre mois après l'opération.

M. Cauchois se félicite avec raison de son heureuse initiative. Il en rapporte tout l'honneur à M. Duplay, qui, quelque temps auparavant, à propos d'un cas semblable, avait publié dans les *Archives de Médecine* un intéressant mémoire, où il montrait le parti que l'on peut tirer, dans certains cas d'uréthrotomie externe, d'une taille sus-pubienne, permettant le cathétérisme rétrograde de l'urèthre [1].

Mais M. Cauchois croit à tort que jamais auparavant cette opépation complexe n'avait été exécutée de propos délibéré dans les cas de rétrécissements.

Giraldès la pratiquait dès 1867, dans des circonstances exactement semblables [2]. C'était chez un jeune garçon de 14 ans, atteint de rétrécissement absolument infranchissable, avec fistules multiples. Il fut impossible, par l'incision périnéale seule de retrouver le canal. M. Giraldès alla alors « avec le bistouri à la recherche de la vessie, comme dans la taille par le haut appareil », il l'ouvrit et pratiqua par cette voie le cathétérisme rétrograde. Il put ains rétablir le canal dans sa continuité et placer une sonde à demeure. L'urèthre était oblitéré dans une étendue d'au moins quatre centimètres.

M. Péan [3] se comporta de même chez un malade âgé de 66 ans, atteint de rétrécissements multiples de l'urèthre ayant donné lieu à une infiltration d'urine. De larges incisions enrayèrent les accidents inflammatoires. Trois mois plus tard, le cathétérisme antérieur était toujours impossible; on tenta l'uréthrotomie externe, le bout postérieur ne put être retrouvé. Les tentatives pour le découvrir furent répétées pendant douze jours. Au bout de ce temps, convaincu de l'inutilité de recherches plus prolongées, M. Péan pratique la taille sus-pubienne, fait pénétrer sans peine un cathéter dans le bout postérieur, glisse le long de cet instrument un long mandrin en baleine qui vient ressortir par le méat, conduit enfin sur ce mandrin une sonde à bout coupé qui est laissée

[1] DUPLAY, *loc. cit.*

[2] GIRALDÈS, Fait communiqué à la Société de médecine de Paris (séance du 21 juin 1867) (*Gaz. des hôp.*, 1867, n° 114, p. 453).

[3] PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années* 1877 et 1878. Paris, 1882, in-8°, p. 629.

à demeure dans la vessie. — Guérison complète trois mois plus tard.

Neuber[1] a publié en 1881, dans les *Archives de Langenbeck*, une observation recueillie l'année précédente dans le service d'Esmarck, où la même opération fut pratiquée avec plein succès. Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans, qui, à la suite d'une rétention d'urine de cause mal connue, maladroitement sondé par un praticien de la ville, entra à l'hôpital avec une fausse route considérable et un phlegmon périnéal. Le cathétérisme antérieur était impossible. On ne put davantage, par le périnée, malgré de longues recherches, pénétrer dans le bout postérieur. La taille sus-pubienne fut pratiquée; on put alors facilement faire pénétrer par le col dans l'urèthre postérieur un cathéter métallique auquel on substitua séance tenante une sonde en caoutchouc qui fut laissée à demeure. Je passe sous silence la suite de l'observation, qui, au point de vue où je me place, est sans intérêt.

J'ajoute que tout récemment, depuis la publication du mémoire de M. Duplay, presque en même temps que M. Cauchois, le docteur Rohmer, professeur agrégé à Nancy, dans un cas de rétrécissement infranchissable d'origine traumatique, ne parvenait, lui aussi, à reconstituer le canal de l'urèthre qu'en s'aidant du cathétérisme postérieur, pratiqué à l'aide d'une ouverture faite à la vessie par la voie sus-pubienne. Cette observation est longuement rapportée dans une thèse présentée l'an dernier (1885) par le docteur Beaucard[2], à la faculté de Nancy.

Tous ces faits méritaient, on le voit, d'être rapprochés de celui de M. Cauchois.

La seconde observation, dont vous m'avez confié l'examen, celle du Dr Douart, diffère de celle de M. Cauchois par un point important. Ce n'est pas pour un rétrécissement ancien et infranchissable de l'urèthre, mais pour une rupture traumatique récente de ce canal, que le cathétérisme rétrograde fut pratiqué.

Je prendrai occasion de ce fait pour montrer que cette manœuvre opératoire peut, en effet, constituer dans le traitement parfois difficile des ruptures de l'urèthre une ressource précieuse, jusqu'ici trop négligée.

L'observation de M. Douart, trop longue pour être rapportée en entière, peut être résumée comme il suit :

Un jeune garçon de 8 ans, en descendant d'un arbre, tombe à cheval sur un échalas, dont l'extrémité pénètre dans le pli inguino-

[1] NEUBER, *loc. cit.*, p. 502.
[2] BEAUCARD, *Thèse citée*, p. 24.

scrotal droit. Rétention complète d'urine. Le cathétérisme ayant été reconnu complètement impossible, on se résigne à pratiquer pendant cinq jours de suite la ponction capillaire de la vessie. Un ensemble de syptômes négatifs sur lesquels nous n'insistons pas, parce qu'ils nous éloigneraient de notre sujet (absence de tumeur périnéale et de tout indice d'infiltration d'urine, absence d'écoulement du sang par le méat, ou d'urine par la plaie inguinale, etc.), avaient jusque-là fait repousser l'idée d'une rupture de l'urèthre (la rétention était due, pensait-on, à la compression de l'urèthre par un épanchement sanguin), lorsqu'un incident mit sur la voie du diagnostic ; dans ces dernières tentatives de cathétérisme à l'aide d'une bougie fine et souple, l'instrument vint sortir par la plaie inguinale.

L'hésitation n'était plus possible ; M. Douart prit aussitôt le parti d'aller par une incision périnéale à la recherche de l'urèthre, dont la rupture venait d'être démontrée. Mais ici encore, malgré de longues recherches, le bout postérieur ne put être retrouvé. On se décida sans plus tarder à pratiquer le cathétérisme rétrograde après ouverture de la vessie au-dessus du pubis comme dans une opération de taille. Par cette voie le cathéter Béniqué est facilement introduit dans le col, et vient ressortir sans effort dans la plaie périnéale. A son extrémité, on attache une sonde en gomme passée par le méat. Le cathéter retiré entraîne la sonde, qui est fixée et laissée à demeure.

Elle fut enlevée le douzième jour, mais ne put être replacée, M. Douart n'ayant pas eu, sans doute, le soin de conserver un fil conducteur. L'urine, pendant quatre jours, s'écoula tout entière par la plaie abdominale ; puis subitement elle reprit son cours normal. L'enfant n'urina plus que par la verge; quelques jours plus tard l'incision suspubienne ainsi que celle faite au périnée étaient cicatrisées ; la plaie inguinale se fermait presque en même temps.

A ce moment, dix-neuf jours après l'opération, vingt-quatre jours après l'accident, la guérison était en apparence complète.

Mais il se produisit peu à peu un rétrécissement étroit de l'urèthre, l'indocilité du petit malade ayant rendu impossible toute tentative de dilatation. M. Douart se proposait de pratiquer ultérieurement l'uréthrotomie interne.

M. Douart n'insiste pas assez, à notre sens, sur la rapidité de la guérison de ce cas remarquable. Dans les relevés faits par notre collègue M. Terrillon, pour sa thèse d'agrégation, une seule fois le malade put être considéré comme entièrement rétabli dès le vingtième jour ; dans quelques cas, cette heureuse terminaison se produit à la fin du premier mois ; habituellement elle se fait attendre deux ou trois mois. Nous venons de voir que dans le fait de

M. Douart, dix-neuf jours après l'opération, toutes les plaies étaient fermées, et que l'urine s'écoulait librement par le méat.

On pourrait donc soutenir que, dans ce cas du moins, le cathétérisme rétrograde et l'opération complémentaire qui l'a précédé, loin d'avoir eu aucune influence fâcheuse, ont, au contraire, hâté la réparation des désordres produits par le traumatisme.

M. Douart ne semble pas non plus s'être bien rendu compte de la très grande rareté des observations semblables à la sienne.

On connaît d'assez nombreux exemples de cathétérisme rétrograde pratiqué dans les cas de rétrécissements anciens, soit à l'aide d'une ouverture faite à la vessie, comme dans les faits que nous citions il y a un instant, soit plus souvent encore à travers une fistule préexistante. Il est absolument exceptionnel, par contre, que ce moyen ait été employé dans les ruptures traumatiques récentes de l'urèthre.

Nos Bulletins n'en possèdent qu'une seule observation, celle du Dr Piedvache [1], malheureusement reproduite avec des détails tellement insuffisants, qu'elle doit presque nécessairement rester en dehors de la discussion. Elle a été l'objet d'un court rapport de M. Desprès, qui met en doute la rupture de l'urèthre et soutient qu'il aurait, en tout cas, suffi de faire l'incision périnéale et d'attendre les événements. M. Piedvache ne retrouvant pas le bout postérieur de l'urèthre au périnée, avait cru devoir faire immédiatement la taille sus-pubienne et pratiquer par cette voie le cathétérisme rétrograde. Le malade guérit après des accidents divers.

Nous inclinons à penser que le jugement de M. Després a été trop sévère. C'est l'absence d'hémorrhagie par le méat et l'absence de tumeur périnéale qui le font hésiter à croire chez le blessé de M. Piedvache à l'existence d'une rupture de l'urèthre. Or ces symptômes négatifs ont été, nous l'avons vu, également notés par M. Douart ; il crut, lui aussi, devoir tout d'abord repousser l'idée d'une solution de continuité du canal, qui fut plus tard amplement démontrée.

Par contre, nous admettons, que l'on puisse soutenir que M. Piedvache s'est trop hâté d'avoir recours au cathétérisme rétrograde. Il aurait dû, peut-être, se contenter de parer aux accidents les plus pressants par la large incision du périnée, et renouveler, à quelques jours de distance, ses tentatives pour retrouver les extrémités du canal rompu. Nous ferons remarquer cependant qu'avec les lésions

[1] Rapport sur une observation de M. Piedvache (de Dinan), relative à une fracture du pubis avec rupture de la portion membraneuse de l'urèthre, par M. Després (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1882, t. VIII, p. 840).

du canal coïncidait une fracture du pubis, et qu'en pareil cas il peut se produire des déviations de l'urèthre qui rendent les recherches à tout jamais infructueuses. L'observation est trop brièvement résumée pour qu'il soit possible d'affirmer que l'indication ait été aussi formelle que nous le supposons.

Ce fut précisément l'existence d'une fracture du bassin et des désordres graves qui en étaient résultés du côté de l'urèthre qui décidèrent Volkmann, dans un cas certainement plus sérieux que celui du Dr Piedvache, à avoir immédiatement recours au cathétérisme rétrograde [1].

C'était chez un petit garçon de 7 ans, l'urèthre avait été rompu en un point très rapproché du col vésical ; il fut impossible de le retrouver dans la plaie périnéale. Dès le lendemain, Volkmann, bien que la vessie se vidât largement par le périnée, estimant que la découverte du bout postérieur devait être considérée comme impossible, pratique la taille, fait le cathétérisme rétrograde, et par ce moyen parvient à placer une sonde à demeure. Trois semaines plus tard, l'enfant put être rendu à ses parents. La guérison s'acheva sans encombre ; mais l'urèthre demeura dévié au point de rendre le cathétérisme par le méat presque impossible.

Un fait observé par M. Péan mérite d'être rapproché des précédents, bien que l'intervention ait été un peu plus tardive.

Un jeune homme de 24 ans, pris sous un éboulement, a l'urèthre rompu ; rétention d'urine ; cathétérisme impossible. Pendant quinze jours on dut avoir recours à la ponction capillaire de la vessie, répétée deux fois par jour. Au bout de ce temps une ouverture spontanée se fait à la partie supérieure de la cuisse, par où la vessie se vide. Le péril de la rétention n'existait plus ; il importait cependant de songer sans tarder à rétablir le cours normal des urines. A cet effet, un mois après l'accident, M. Péan [2], au moyen d'une incision périnéale, va à la recherche de l'urèthre, mais il ne parvient pas à trouver le bout postérieur. Onze jours plus tard, deuxième tentative d'uréthrotomie externe, tout aussi inefficace. Séance tenante, M. Péan fait une taille sus-pubienne et par voie rétrograde introduit dans l'urèthre postérieur un cathéter, grâce auquel il put conduire dans la vessie et laisser à demeure une sonde introduite par le méat. Deux mois après, guérison complète.

Tels sont les faits semblables à ceux de M. Cauchois et de M. Douart qu'il nous a été possible de recueillir ; dans tous on a

[1] Obs. rapportée par Ranke, *loc. cit.*
[2] Péan, In Bollard, Contusions et plaies contuses de l'urèthre (*Thèse de Paris*, 1875).

eu recours, pour pratiquer le cathétérisme rétrograde, à une incision sus-pubienne.

Nous avons jusqu'ici négligé à dessein les cas où, dans des circonstances analogues, la même opération a été exécutée à l'aide d'un procédé différent.

Nous ne pouvons cependant, si nous voulons apprécier en connaissance de cause la conduite de nos deux confrères, ne pas passer en revue les tentatives de ceux qui les ont précédés dans cette voie.

Aussi bien sera-ce une occasion, pour nous, de préciser certains points de l'histoire assez mal connue du cathétérisme rétrograde.

II. Le cathétérisme rétrograde est loin d'être une invention nouvelle.

M. Duplay a rappelé que cette opération, dont l'idée, d'après Sédillot, appartiendrait à Verduc, a été exécutée pour la première fois en 1757, par Verguin, chirurgien de l'hôpital de Toulon. Se trouvant en présence d'un blessé dont l'urèthre était rompu et qu'il ne pouvait sonder, la rétention d'urine persistant malgré l'incision du périnée, Verguin fit la ponction du pubis et laissa une canule à demeure. Quelque temps après, il engagea dans l'urèthre par cette voie un cathéter qui lui servit de conducteur pour faire pénétrer jusque dans la vessie une sonde introduite par le méat [1].

Cette manœuvre, dont Hunter [2], quelques années plus tard, entrevoyait la possibilité et qu'il conseillait d'exécuter chez les rétrécis porteurs d'une canule sus-pubienne à demeure, était tombée dans le plus profond oubli.

Le premier auteur qui en fasse de nouveau mention, à notre connaissance, est Souberbielle [3], le fervent défenseur de la taille hypogastrique pour l'extraction des calculs de la vessie. Dans sa thèse, parue en 1813, plus hardi même que Verguin, il proposa, en l'absence d'ouverture préexistante, de pratiquer une ponction au-dessus du pubis, à seule fin de rendre accessible l'orifice vésical de l'urèthre, lorsque le cathétérisme antérieur est impossible. Il disait avoir employé ce procédé pour la première fois quinze ans plus tôt, et ajoutait « qu'une expérience *plusieurs fois répétée* lui

[1] CHOPART, *Traité des maladies des voies urinaires*. 2e édition, Paris, 1821, t. II, p. 240.

[2] HUNTER, *Traité des maladies vénériennes*. Traduct. Richelot. 2e édition, Paris, 1852, chap. X, 3e partie, p. 344.

[3] SOUBERBIELLE, Considérations médico-chirurgicales sur les maladies des voies urinaires (*Thèse de Paris*, 1813, n° 148).

en avait fait connaître la facilité et les avantages dans tous les cas où l'obstacle dépendait d'une affection de la prostate, du col de la vessie ou d'une fausse route [1] ».

Son exemple ne fut pas suivi, et, lorsqu'en 1844 Chassaignac vint annoncer à la Société de chirurgie [2] que, chez un vieillard qui ne pouvait être sondé et qui avait dû subir la ponction sus-pubienne, il était parvenu à faire pénétrer une sonde dans l'urèthre à travers la fistule que son malade présentait à l'hypogastre, il put croire de bonne foi avoir mis en usage un procédé, sinon extrêmement nouveau [3], du moins fort rarement employé avant lui.

Il revendiqua énergiquement tous droits de priorité, lorsque, treize ans plus tard, 1857, Voillemier publiait une observation qu'il croyait sans précédent, dans laquelle, pour rétablir la continuité d'un urèthre rompu, il avait fait pénétrer dans l'urèthre, d'arrière en avant, à travers une fistule hypogastrique, un cathéter métallique qui lui avait servi de conducteur [4].

Chassaignac comme Voillemier paraissent n'avoir pas eu connaissance des tentatives de Verguin et de Souberbielle, dont ils ne font pas mention. Ils ignorent également celle que fit Sédillot [5], sans succès d'ailleurs, en 1852, dans un cas de rétrécissement infranchissable; celles, encore antérieures et plus heureuses, de Gurdon Buck [6] (1843) et de Guersant [7] (1847).

Dans ces divers cas, comme dans ceux plus récents au nombre de 17 que j'ai pu réunir, ce fut toujours à travers une fistule

[1] Il semble bien cependant, d'après Baseilhac (*De la taille latérale par le périnée, de celle de l'hypogastre ou haut appareil*. Paris, 1804, in-8°, p. 309), que la première tentative de cathétérisme rétrograde faite par Souberbielle l'ait été sur un malade déjà porteur d'une fistule hypogastrique. Ce n'est que plus tard, dans sa thèse, qu'il conseilla de faire au besoin la ponction sus-pubienne, dans le seul but de permettre l'exécution de ce mode de cathétérisme.

[2] Séance du 26 mars 1844 publiée dans la *Gaz. des hôp.*, 10 septembre 1844. Pour l'observation *in extenso*, voyez même recueil, n° du 17 septembre 1884.

[3] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1857-1858, 1re série, t. VIII, p. 100.

[4] Voillemier, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1857-1858, 1re série, t. VIII, p. 97, et *Traité des maladies des voies urinaires*, p. 331; pour la réclamation de Chassaignac, voyez *Bull. de la Soc. de chir.*, même volume, p. 100 et 112.

[5] Sédillot, *Contribution à la chirurgie*. Paris, 1868, t. II, p. 277.

[6] Gurdon Buck, *New York journal of medicine*, septembre 1844. L'opération fut pratiquée en 1843.

[7] Guersant a fait mention de son observation à la Société de chirurgie lors de la communication de Voillemier, Mais ce fait n'a été publié *in extenso* qu'en 1867, par les soins de son élève Blondeau. Observation lue à la Société de médecine de Paris, le 21 juin 1867 (*Gaz. des hôp.*, 1867, p. 435).

existant déjà à l'hypogastre que le cathétérisme rétrograde fut pratiqué [1].

Seul Souberbielle avait osé, comme nous l'avons vu, pour exécuter cette opération, s'ouvrir une voie à travers l'hypogastre jusque dans la vessie. Il conseillait de faire en ce premier temps la ponction de la vessie; puis, au bout de quelques jours, le cathétérisme à travers l'orifice de ponction.

On attribue souvent, particulièrement en Allemagne, à un chirurgien américain, Brainard (de Chicago), le mérite d'avoir, en 1849 [2], eu l'idée de ce mode de procéder et de l'avoir le premier mis à exécution. Cette croyance est tellement répandue chez nos confrères d'outre-Rhin, que quelques-uns vont jusqu'à attribuer à Brainard l'invention du cathétérisme rétrograde, et que l'opération est communément désignée par eux sous le nom de *Méthode de Brainard (Brainard'sche Methode, der Brainard'sche Catheterismus)* [3].

[1] Je donne ici l'indication bibliographique de ces observations, pour éviter de longues recherches à ceux que ce sujet pourrait intéresser.

Maisonneuve, *Gazette médicale*, 1853, p. 741, et *Gaz. des hôp.*, 1853, p. 551.

Seydel, *Canstatt's Jahresbericht*, 1859, t. III, p. 220.

Giraldès, *Maladies chirurgicales des enfants*, Paris, 1869, p. 532 et 543. Voyez aussi un deuxième cas du même auteur (*ibidem*, p. 539).

Sédillot, *Contribution à la chirurgie*. Paris, 1868, t. II, p. 285.

Ribell (de Toulouse), 2 cas. *Lyon médical*, 1870, t. V, et *Revue médicale de Toulouse*. février 1870.

Callender, *Royal medic. and surgical Soc.*, 26 juin 1866, et *St-Bartholomew's Report*, t. II, p. 212.

Risel, *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1876, n° 44, p. 519.

Duplay, Observation mentionnée dans le mémoire cité plus haut (*Arch. gén. de méd.*, etc.), p. 38.

Gosselin, Observation rapportée par Grillot : De l'uréthrotomie externe sans conducteur (*Thèse de Paris*, 1868).

Volkmann, *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1876, n° 29.

Poisson, *Revue de chirurgie*, 1881, t. I, p. 917.

Fine (de Genève), Observation rapportée par Beaucard (*Thèse citée*, p. 31).

Dittel, *loc. cit.*

Neuber (Esmarch), Mémoire cité (*Arch. f. klin. Chirurgie*, 1881, p. 505).

Kovacs, Sitz.-Berichte der k. Gesellsch. der Aertzte in Budapest (*Pester med. chir. Presse*, 1876, n° 8, et *Centralbl. f. Chir.*, 1876, p. 272).

Il faut joindre à ces faits ceux dont il sera question plus loin, dans lesquels le cathétérisme rétrograde à travers un orifice de ponction a été pratiqué pour des ruptures traumatiques récentes de l'urèthre.

[2] Malgré l'actif concours que nous a prêté pour cette recherche, avec sa complaisance ordinaire, notre savant ami M. le Dr Petit, bibliothécaire à la Faculté, il ne nous a pas été possible de retrouver l'indication du travail dans lequel Brainard aurait donné la description de son procédé.

[3] Dittel, Der catheterismus nach Brainard, dans *Wochenbl. der Zeitschr. der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1866, nos 28, 29 et 30, et *loc. cit.*

Nous nous plaisons à rendre à Souberbielle la justice qui lui est due, tout en nous empressant de reconnaître qu'en Allemagne, du moins, c'est surtout d'après les travaux de Brainard que le cathétérisme rétrograde est entré dans la pratique.

Avec M. Duplay, l'histoire du cathétérisme rétrograde entre dans une phase nouvelle, grâce à l'incision sus-pubienne, à laquelle il conseille d'avoir recours, l'opération pouvant être faite en une seule séance. J'ajouterai, et je le montrerai plus loin, qu'elle devient plus facile et plus sûre, et par conséquent susceptible d'un plus grand nombre d'applications.

Sédillot avait, il y a longtemps déjà, formulé nettement le conseil de faire la taille sus-pubienne dans le seul but de pénétrer dans l'urèthre d'arrière en avant, lorsque, dans une uréthrotomie externe difficile, le bout postérieur se dérobait aux recherches. Mais il n'avait pas eu occasion de mettre ce procédé à exécution.

D'autres chirurgiens, dont nous avons cité les noms, ont depuis lors pratiqué cette opération.

Mais ce ne sont pas ces observations isolées, d'ailleurs ignorées de lui, qui ont guidé M. Duplay. Frappé plutôt de l'innocuité, tous les jours mieux démontrée, de la taille hypogastrique, il a su comprendre le parti que l'on pouvait tirer de cette opération, à titre de manœuvre préliminaire, pour l'exécution du cathétérisme rétrograde, menacé, sans cette ressource, de retomber dans un oubli fâcheux.

On sait, en effet, que la ponction de la vessie à l'aide du trocart ordinaire, dont les dangers ne sauraient être niés, particulièrement chez les rétrécis, est de plus en plus abandonnée. Et cela d'autant mieux que la même opération faite avec le trocart capillaire et l'aspirateur, fut-elle même répétée, paraît, au contraire, sans inconvénients sérieux.

Tôt ou tard on aurait donc été amené à renoncer au cathétérisme rétrograde, si l'on ne s'était souvenu qu'il peut être pratiqué à la faveur de voies artificiellement ouvertes, soit par ponction, et en deux temps, suivant le procédé plus ancien de Souberbielle et de Brainard, soit par taille et en un seul temps, comme l'ont récemment conseillé M. Duplay et les chirurgiens qui l'ont précédé ou suivi dans cette voie.

III. Il résulte de l'ensemble des faits que nous venons de passer en revue que le cathétérisme rétrograde a été et peut être pratiqué à l'aide des procédés divers.

Avant de rechercher celui auquel il convient de donner la préférence, nous devons nous demander quelles sont les indications générales de cette manœuvre opératoire, et voir dans quelles

circonstance il est permis ou avantageux d'y avoir recours.

a. Il est bien évident, tout d'abord, que c'est surtout dans les rétrécissements dits infranchissables de l'urèthre que l'on aura l'occasion de la mettre en œuvre sans que ce moyen doive jamais être en pareil cas employé d'emblée.

Il est trop clair que si l'obstacle au cathétérisme antérieur ne dépend que de l'étroitesse du rétrécissement, la manœuvre ne sera pas plus aisée, parce que celui-ci sera abordé d'arrière en avant au lieu de l'être d'avant en arrière.

On peut, il me semble, établir en principe que le cathétérisme rétrograde ne peut jamais être, dans ces conditions, qu'une opération complémentaire, faite au cours d'une uréthrotomie externe et pour en faciliter l'exécution.

Sans donc m'attarder à discuter les ressources multiples qui sont à la disposition du chirurgien placé en face des rétrécissements infranchissables de l'urèthre, je le suppose amené, par les considérations diverses que vous pouvez supposer, à pratiquer l'uréthrotomie externe sans conducteur. Des incisions méthodiques l'ont conduit jusque sur le point où il peut espérer retrouver les traces de l'urèthre ; mais en dépit de tous ses efforts, en dépit de ongues et patientes recherches, parfois renouvelées à quelques jours ou à quelques semaines d'intervalle, le bout postérieur demeure inaccessible. Doit-il renoncer à mener son opération à bien et abandonner son malade dans l'état souvent pitoyable que vous savez ! N'est-il pas, au contraire, absolument autorisé à faire pénétrer par la vessie dans cette portion de l'urèthre qui lui échappe, en l'ouvrant au-dessous du pubis, un cathéter qui dirigera ses recherches et les fera le plus souvent aboutir.

A la question ainsi posée, la réponse n'est pas douteuse.

On se souviendra d'ailleurs que nous visons surtout ici ces coarctations extrêmes pouvant aller jusqu'à l'oblitération de l'urèthre, parfois sur une notable étendue, s'accompagnant surtout de ces indurations périnéales considérables qui rendent les recherches si pénibles, ou bien encore de véritables déviations du canal, lorsque le rétrécissement est cicatriciel, et qu'avec la rupture de l'urèthre coïncide à l'origine une fracture des os du bassin.

C'est dans ces cas difficiles que l'on a conseillé d'avoir recours soit au cathétérisme forcé, presque abandonné aujourd'hui, soit à certaines opérations spéciales, telles que l'*excision du rétrécissement* ou la *création d'un canal latéral* suivant les procédés de Bourguet. (d'Aix), dont Voillemier[1] a bien montré les inconvénients.

[1] VOILLEMIER, *Ouvr. cité*, p. 340.

Nous estimons que le cathétérisme rétrograde est moins dangereux ; qu'il est d'une exécution plus facile et donne des résultats meilleurs.

Il est une circonstance cependant où l'on ne devra pas se hâter d'avoir recours à cette ressource extrême, malgré la gravité apparente des accidents. Nous voulons parler des cas où l'on a été conduit à pratiquer une incision périnéale d'urgence pour parer à des accidents aigus d'infiltration, venant compliquer un rétrécissement étroit, et résultant le plus souvent d'une véritable rupture pathologique de l'urèthre.

M. Guyon a parfaitement montré qu'en pareille circonstance il ne fallait pas songer à rétablir séance tenante la continuité du canal [1]. Il faut savoir attendre. Plus tard, lorsque l'engorgement des tissus aura disparu, il arrivera souvent que le cathétérisme regardé comme impossible sera relativement facile ; en tout cas, l'uréthrotomie externe, si elle devient nécessaire, se fera dans des conditions meilleures [2].

Une pareille temporisation ne serait évidemment pas indiquée dans les cas de lésions anciennes dont nous parlions tout à l'heure.

On ne peut espérer qu'elles se modifieront avantageusement avec le temps. Bien au contraire, la situation du malade ne peut aller qu'en s'aggravant.

Il sera donc permis de mettre tout en œuvre pour triompher de l'obstacle, et particulièrement d'avoir recours au cathétérisme rétrograde si les moyens ordinaires sont restés impuissants.

b. Le cathétérisme rétrograde nous paraît, en second lieu, non moins indiqué dans certains cas de ruptures traumatiques récentes de l'urèthre.

M. Duplay, pas plus que M. Cauchois, n'abordent ce côté du sujet. L'observation de M. Douart nous fournit l'occasion de l'envisager en quelques mots. Non que nous songions à discuter ici la question, si rebattue, du traitement des ruptures de l'urèthre en général. Il nous suffira d'admettre par hypothèse que l'on se trouve en présence d'un de ces cas très graves dans lesquels seuls on peut penser à la manœuvre que nous proposons.

[1] Guyon, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.* 2e édit., Paris, 1885, p. 110.

[2] Consulter à ce sujet un intéressant et instructif travail du Dr Eug. Monod (de Bordeaux) : Des règles de l'intervention chirurgicale dans les complications aiguës des rétrécissements de l'urèthre (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, octobre 1885, p. 585).

Voillemier a défendu la même doctrine (*Traité des maladies des voies urinaires*, p. 333); il fait remarquer que cette pratique était déjà celle de Chopart (*Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 248).

Quelle est, en effet, alors la situation ? L'incision périnéale a dû être faite d'urgence, et, suivant les règles aujourd'hui généralement admises, le chirurgien s'efforce de reconstituer immédiatement le canal rompu, en faisant pénétrer dans la vessie une sonde qu'il laissera à demeure.

La chose est ordinairement possible et relativement facile. Mais parfois aussi, dans ce cas. encore, le bout postérieur échappe, et l'opération demeure forcément incomplète.

Est-ce à dire que nous prétendions que l'indication de restaurer le canal soit tellement pressante, qu'il faille aussitôt et sans désemparer recourir au cathétérisme rétrograde par taille ou par ponction ?

Telle n'est pas notre pensée. Alors même, ce qui peut arriver, qu'en dépit d'une large incision périnéale, la rétention d'urine persiste, nous estimons qu'il sera sage d'attendre.

A l'aide de ponctions capillaires de la vessie, qui pareront au plus pressé, on gagnera du temps ; et souvent, au bout de quelques jours, le bout vésical de l'urèthre qui se dérobait deviendra facilement accessible [1].

A plus forte raison, la temporisation sera-t-elle de mise, si la vessie se vide par l'ouverture faite au périnée.

Elle ne devrait cependant pas être indéfinie. Les tentatives faites pour retrouver le bout postérieur et pénétrer par cette voie dans la vessie seront renouvelées. Mais lorsqu'il sera bien démontré qu'elles sont et resteront infructueuses, plutôt que de laisser le rétrécissement, voire même l'oblitération de l'urèthre s'établir avec toutes ses conséquences, ne sera-t-on pas autorisé à recourir à une opération complémentaire, qui, en permettant de franchir ou mieux de tourner l'obstacle, assure une prompte et complète guérison.

Demarquay [2] a conseillé, pour y parvenir, d'aller à la recherche de l'urèthre en arrière du point blessé, de l'ouvrir et de pratiquer par cet orifice le cathétérisme rétrograde. Le procédé est ingénieux, mais n'est pas sans gravité ; il est, de plus, d'une exécution difficile et peut, comme dans un cas rapporté par M. Cras, ne pas donner les résultats qu'on attend [3].

Nous n'hésitons pas à soutenir que le cathétérisme postérieur

[1] Tout récemment encore, notre collègue le Dr Bouilly, dans son excellent article URÈTHRE (*traumatismes*) du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, cite une observation personnelle où pareille conduite a été suivie d'un plein succès.

[2] DEMARQUAY, *Union médicale*, 1858, p. 101.

[3] CRAS, Observation citée par Manson. Considérations sur le traitement des contusions et plaies contuses de la portion périnéale de l'urèthre (*Thèse de Paris*, n° 328, p. 27).

pratiqué à l'aide d'une ouverture faite à la vessie au-dessus du pubis peut être considéré comme un moyen à la fois moins dangereux et plus efficace.

M. Péan, dans l'observation que nous avons citée, s'est comporté d'après les principes que nous venons d'exposer. Ce n'est qu'après avoir épuisé tous les moyens de douceur qu'il s'est décidé à ouvrir la vessie et à pratiquer le cathétérisme rétrograde.

On pourrait être tenté de reprocher à M. Douart d'avoir pris ce parti trop vite. Nous rappellerons cependant que son blessé était un enfant singulièrement indocile, que les ponctions capillaires de la vessie, répétées pendant cinq jours, avaient chaque fois nécessité l'emploi du chloroforme, que l'incision périnéale ne paraît pas avoir fait cesser la rétention. Il fallait en finir.

Nous avons déjà dit que pour des motifs différents, mais parfaitement justifiables, Volkmann avait cru devoir pratiquer d'emblée la taille et le cathétérisme postérieur; il y avait fracture du bassin et déviation considérable du canal.

On voit donc que si la conduite du chirurgien peut être influencée par des considérations diverses, il est cependant permis de conclure de tout ce qui précède que, dans certains cas de rupture traumatique, le cathétérisme rétrograde d'emblée ou retardé de quelques jours pourra devenir l'opération de choix, voire même de nécessité.

La doctrine que nous soutenons n'est pas nouvelle. Eug. Bœckel, dans ses leçons déjà anciennes sur l'uréthrotomie externe[1], Terrillon dans sa thèse d'agrégation, Bouilly dans l'article URÈTHRE (*Traumatismes*), tout récemment paru, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, enseignent que dans les ruptures de l'urèthre pour découvrir le bout postérieur qui échappe aux recherches l'on pourra être obligé d'avoir recours à des moyens détournés, et parmi ceux-ci, en première ligne, le cathétérisme rétrograde.

Mais ils ne connaissent, pour pratiquer cette opération, que le procédé de la ponction, qui, dans les cas graves dont il est ici question, pourra bien rarement être exécutée.

Presque toujours, en effet, on se trouvera en face d'un blessé dont la cavité vésicale se videra par une incision périnéale pratiquée d'urgence, circonstance qui rend évidemment la ponction impossible ou dangereuse. Ou bien celle-ci précédera ou remplacera l'incision périnéale, conduite qui est aujourd'hui généralement condamnée.

[1] Eug. BŒCKEL, De l'uréthrotomie externe dans les rétrécissements uréthraux graves ou compliqués (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1868, n° 17 et suiv.).

Nous connaissons cependant un certain nombre de cas où le cathétérisme rétrograde exécuté de cette façon a été suivi des plus heureux succès. Le premier appartient à Verguin, l'inventeur de la méthode ; nous l'avons déjà mentionné plus haut ; deux autres à Giraldès[1] ; deux enfin à des chirurgiens anglais, Howship[2] et Lawson[3].

Les faits de ce genre n'en deviendront pas moins de plus en plus rares, pour cette raison bien simple que dans les rétentions d'origine traumatique, comme dans celles qui dépendent d'un rétrécissement, la ponction capillaire remplace avantageusement la ponction avec le trocart ordinaire. Le désir que l'on peut avoir de pratiquer le cathétérisme rétrograde ne fera pas modifier une pratique reconnue bonne, s'il est établi que par la taille aussi bien que par la ponction, on peut atteindre le col de la vessie et faire pénétrer la sonde dans l'urèthre postérieur.

La démonstration de ce fait a été donnée par M. Duplay et par M. Cauchois pour les vieux rétrécissements infranchissables. Nous nous bornons, avec M. Douart, à étendre aux ruptures traumatiques récentes l'application d'un moyen dont les avantages ne peuvent être niés.

c. Le cathétérisme rétrograde a-t-il encore d'autres indications ?

Souberbielle l'admettait sans hésitation. Dans le passage de sa thèse que nous avons cité, il disait l'avoir plusieurs fois employé, lorsque l'obstacle au cathétérisme dépendait d'une affection de la *prostate* ou d'une *fausse route.*

Il n'a malheureusement pas publié ses observations, ou du moins ne nous a-t-il pas été possible de les retrouver[4].

Il semble bien que ce soit chez un prostatique, bien que cela ne soit pas expressément spécifié, que Chassaignac fit le cathétérisme

[1] GIRALDÈS, 1. Obs. communiquée à la Soc. de méd. de Paris (séance du 21 juin 1867) (*Gaz. des hôp.*, 1867, p. 453).

2. Obs. communiquée à la Soc. de chir. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 462).

Ce second fait, cité de mémoire par Giraldès, est peut-être le même que le précédent.

[2] HOWSHIP, Obs. rapportée par Beaucard (*Thèse citée*, p. 18).

[3] G. LAWSON, *Medic. Times and Gazette*, 18 juin 1881, t. I, p. 674.

N. B. — En joignant à ces faits : 1° ceux reproduits ou analysés dans ce travail ; 2° ceux dont nous avons donné plus haut l'indication bibliographique ; 3° les 5 cas d'insuccès que nous mentionnerons plus loin, d'après Beaucard, on aura le relevé à peu près complet de tous les cas publiés (au nombre de 43) de cathétérisme rétrograde de l'urèthre. Il y a loin de ce chiffre à celui de 17 indiqué par Ranke dans son travail paru en 1876.

[4] A l'exception de celle rapportée par Baseilhac, et qui a été mentionnée plus haut.

rétrograde chez un vieillard dont nous avons rapporté sommairement l'histoire dans notre revue des premiers cas où cette opération a été pratiquée. Le malade portait à l'hypogastre une fistule résultant d'une ponction antérieure, à travers laquelle un cathéter fut introduit et conduit jusque dans l'urèthre postérieur.

Depuis lors, un seul fait à notre connaissance a été publié, dans lequel, au cours d'une rétention d'urine d'origine prostatique, et en l'absence de toute ouverture préexistante à l'hypogastre, le cathétérisme rétrograde a été exécuté, et cela à l'aide d'une incision faite au-dessus du pubis.

L'observation est du Dr Rohmer (de Nancy) [1].

Il s'agit d'un homme de 68 ans, atteint d'hypertrophie de la prostate, chez lequel le cathétérisme était, sans difficulté, pratiqué quatre fois par jour. Le passage de la sonde devint subitement impossible. On dut, après des tentatives répétées qui n'aboutirent qu'à faire saigner, abondamment le malade, faire une série de ponctions hypogastriques pour vider la vessie. Jugeant que cette situation ne pouvait durer, et l'état général du malade s'aggravant, le Dr Rohmer se décida à faire la cystotomie sus-pubienne suivie du cathétérisme rétrograde. Une sonde molle fut ainsi fixée à demeure dans le canal, tandis que deux tubes étaient maintenus dans la plaie vésicale. La sonde uréthrale dut être retirée dès le lendemain, parce que le malade ne la supportait pas. La guérison n'en suivit pas moins son cours. Une canule hypogastrique qu'on avait essayé de laisser à demeure dut finalement être enlevée; mais le cathétérisme par les voies naturelles resta facile.

Ce fait, au point de vue où nous nous plaçons, n'est guère encourageant. Le cathétérisme rétrograde n'a évidemment été ici d'aucune utilité, puisque la sonde à demeure a dû être presque immédiatement retirée. Le malade, dans ce cas, a surtout tiré profit de l'ouverture faite à la vessie et maintenue permanente. Mais l'on peut se demander si une simple ponction hypogastrique avec canule à demeure, ou mieux encore si les ponctions capillaires prolongées quelques jours encore, en laissant à la prostate le temps de se décongestionner, et aux fausses routes produites dans les tentatives de cathétérisme, celui de guérir, n'auraient pas suffi à procurer la même amélioration [2].

[1] Rohmer, De la cystotomie sus-pubienne dans le cours de l'hypertrophie de la prostate (*Ann. des mal. des voies génito-urinaires*, 1885, n° 1, p. 31, et *Revue médicale de l'Est*, 1er décembre 1884, p. 722).

[2] M. Rohmer n'est pas de cet avis. Pour lui, la cystotomie sus-pubienne peut à elle seule être indiquée chez les prostatiques dans certains cas de rétention absolue et invincible; elle peut être d'un grand secours, non seulement comme intervention d'urgence, mais encore comme opération curative, à condition qu'elle soit faite à temps (*Mém. cité*, p. 42).

Cette observation ne suffit pas cependant à établir que le cathétérisme rétrograde ne puisse chez les prostatiques être dans certains cas utilisé.

Malgré l'insuccès relatif de la tentative de M. Rohmer, nous croyons qu'il est telles circonstances où l'on sera autorisé à suivre son exemple.

Il est bien démontré en effet que l'emploi, chez les prostatiques, de la sonde à demeure, qui, avec certaines précautions, est le plus souvent bien supportée, peut être d'un grand secours; elle a pu rendre facilement abordable un canal qui ne se laissait jusque-là franchir qu'avec les plus grandes difficultés et au prix de manœuvres pénibles et dangereuses [1].

Mais il peut arriver que l'on ne parvienne pas à introduire une sonde que l'on désire laisser en permanence, et que l'on soit d'autre part pressé d'agir par les accidents de rétention.

C'est dans ces conditions que l'idée de se créer une voie au-dessus du pubis pour faciliter la manœuvre peut venir à l'esprit du chirurgien, et ne doit pas, nous semble-t-il, être *à priori* repoussée.

Et qu'on ne tente pas de se récrier contre la hardiesse et le danger d'une semblable intervention chez un prostatique.

Le fait du Dr Rohmer montre déjà que l'opération a pu être exécutée, dans ce cas du moins, sans péril et sans peine.

N'a-t-on pas vu, d'autre part, tout récemment, M. Guyon, dont personne ne contestera la prudence, se tenir prêt à intervenir chirurgicalement dans certains cas d'hypertrophie prostatique, pour aller, par une opération appropriée, lever l'obstacle qui s'oppose au cathétérisme (saillie du lobe moyen, repli valvulaire, hypertrophie du lobe latéral), opération qui n'aurait, à ses yeux, d'autre objet que de permettre au malade de se sonder et d'être sondé plus aisément [2]?

Ne sera-t-il pas permis, je le demande, avant d'en venir à cette extrémité, d'essayer de la simple introduction de la sonde à demeure introduite par voie rétrograde.

Si cette manœuvre échoue, ou ne donne pas les résultats attendus, on pourrait ultérieurement profiter de l'ouverture faite à l'hypogastre pour pousser plus loin et aller jusqu'à l'opération plus radicale que préconise M. Guyon.

La chirurgie moderne a eu, nous semble-t-il, des audaces plus grandes.

[1] Guyon, Les prostatiques. Leçons professées à l'hôpital Necker (*Ann. des mal. des organes génito-urinaires,* 1885, p. 286).

[2] Guyon, *loc. cit.*, p. 346.

Hâtons-nous d'ajouter cependant, avec notre excellent maître, que dans l'une et l'autre hypothèse il s'agit là « d'opérations exceptionnelles à opposer à des situations également exceptionnelles »; elles ne doivent être entreprises que si l'état local du malade les commande absolument et si son état général ne les défend pas.

C'est plus exceptionnellement encore que, dans certains cas de *fausses routes,* il pourrait être indiqué d'avoir recours à la même manœuvre. Le plus souvent, en effet, on pourra se contenter, à l'aide de ponctions capillaires, comme nous le rappellions il y a un instant, de donner aux lésions produites par un cathétérisme malheureux, le temps de se cicatriser. Si la pénétration de la sonde demeurait impossible, ce n'est plus la fausse route qui motiverait une intervention opératoire nouvelle. On serait désormais en présence d'un cathétérisme difficile dont il faudrait étudier avec soin les causes pour y opposer des moyens appropriés, parmi lesquels l'introduction d'une sonde par voie rétrograde ne viendrait sans doute qu'en dernière ligne [1].

L'opération décidée, dans l'une ou l'autre des circonstances dont nous venons de parler, à quel procédé d'exécution devra-t-on avoir recours?

La réponse à cette question varie suivant les cas.

S'il existe déjà à l'hypogastre une fistule résultant d'une ponction antérieure, il n'y a évidemment pas d'hésitation possible. C'est à travers la fistule que l'on devra faire passer sonde ou cathéter pour aller à la recherche du col de la vessie et le parcourir d'arrière en avant.

Tout au plus pourrait-il être indiqué d'agrandir le trajet fistuleux

[1] C'est ici qu'il devrait sans doute être fait mention d'une observation de Risel (*Deutsche medic. Wochensch.*, 1876, n° 44, p. 519) dans laquelle, pour une rétention d'urine d'origine incertaine, compliquée de la production de fausses routes, le cathétérisme rétrograde fut pratiqué à l'aide d'une ponction de la vessie. L'intervention fut malheureuse; vingt-quatre heures plus tard le malade mourait avec des phénomènes de péritonite et d'infiltration septique du tissu cellulaire sous-cutané. Le péritoine aurait-il été légèrement touché par l'instrument?

Malgré les obscurités de ce cas, nous tenons d'autant plus à ne pas le passer sous silence, que cette observation est la seule, à notre connaissance, où le cathétérisme rétrograde précédé d'une opération préliminaire destinée à donner passage à la sonde ait été suivi de mort rapide. On remarquera que cette opération préliminaire suivit la ponction et non l'incision sus-pubienne.

On pourrait encore rapprocher de ce fait celui de Neuber, qui a été analysé plus haut, dans lequel, pour une rétention d'urine d'origine aussi mal connue, les tentatives de cathétérisme ayant donné lieu à des fausses routes, on fut réduit à pratiquer la taille et le cathétérisme rétrograde; le malade guérit.

pour se donner du jour et au besoin pour permettre au doigt de pénétrer dans la vessie et de guider l'instrument.

On ne saurait oublier en effet que le cathétérisme rétrograde à travers un étroit orifice n'est pas toujours une opération facile, et sans aller jusqu'à dire, avec Sédillot (*Contribut. à la chirurgie*, t. II, p. 286), qu'il faut un « bonheur exceptionnel » pour éviter la dépression que présente si souvent la surface interne de la vessie, et conduire directement la sonde dans le col, encore doit-on reconnaître que la manœuvre exécutée dans ces conditions peut très bien échouer.

Aussi ce chirurgien enseignait-il qu'il ne fallait pas hésiter en pareil cas à ouvrir plus largement la vessie en suivant le trajet de la canule placée à demeure dans l'hypogastre (*ibid.*, p. 286).

C'est exactement le conseil que nous formulions il y a un instant.

Lorsqu'il n'y a pas d'orifice préexistant, force est, pour pratiquer le cathétérisme rétrograde, de s'ouvrir une voie au-dessus du pubis, soit par ponction, soit par taille.

Auquel de ces deux moyens convient-il de donner la préférence?

On remarquera tout d'abord qu'il est des cas où le choix n'est pas possible. Toutes les fois que la vessie se videra au périnée, soit à la faveur d'une incision faite par le chirurgien, soit à travers des ouvertures fistuleuses spontanément établies, il serait imprudent d'avoir recours à la ponction. La taille seule permettra d'atteindre la vessie à coup sûr et avec moins de danger.

Or, si l'on se souvient des conditions dans lesquelles il nous a paru que le cathétérisme rétrograde était particulièrement indiqué, on conviendra que les cas où la taille s'imposera seront de beaucoup les plus fréquents.

Mais alors même que la distension de la vessie rendrait la ponction possible, nous inclinerions, dans ce cas encore, à nous adresser à la taille.

Sans vouloir exagérer les difficultés, réelles cependant, comme nous le rappellions tout à l'heure, du cathétérisme rétrograde exécuté à travers un orifice de ponction, il nous suffit de savoir que l'ouverture plus large de la vessie crée des conditions opératoires meilleures, pour que nous donnions à la taille le pas sur la simple ponction.

Les faits du reste parlent en faveur de cette manière de voir. M. Beaucard (*thèse citée*, p. 42) rapporte cinq observations dans lesquelles le cathétérisme rétrograde tenté à travers une fistule hypogastrique n'a pu être exécuté. Pas une seule fois pareil échec n'a été essuyé lorsque l'opération a été pratiquée par le procédé de la taille.

On pourrait hésiter à suivre cette voie, s'il était démontré que la taille est sensiblement plus dangereuse que la ponction. Tel n'est pas notre sentiment. La proposition inverse pourrait même, ce nous semble, être soutenue, si l'on tenait compte des cas où l'urine s'écoulant le long de la canule s'est infiltrée dans les tissus et a causé la mort du malade.

Nous n'irons pas jusque-là ; mais on nous accordera du moins que la taille hypogastrique, faite avec les précautions aujourd'hui en usage, et lorsque, comme dans les cas que nous supposons, elle n'est pas suivie des manœuvres que peut nécessiter l'extraction d'un calcul, est une opération qui ne doit pas entraîner la mort.

Jamais, au reste, dans les cas que nous avons réunis, cette fatale terminaison n'a été observée[1].

L'opération en deux temps (incision de la paroi abdominale, suivie au bout de quelques jours de l'incision de la vessie) et l'emploi du thermo-cautère donneraient peut-être plus de sécurité encore. Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'avoir recours à ces précautions opératoires, qui ne sont pas sans avoir chacune leurs inconvénients.

V. Quelques mots encore sur la *technique opératoire*, et nous aurons fini.

1° *Lieu de la ponction.* — Si l'on fait choix, pour exécuter le cathétérisme rétrograde du procédé de la ponction, celle-ci devra être faite le plus haut possible. Il résulte, en effet, des expériences de Ranke (*loc. cit.*), que plus l'orifice sera élevé, plus facilement on parviendra à faire pénétrer un cathéter dans le col. On se souviendra cependant que M. Pouliot a montré qu'on ne pouvait guère sans imprudence, hormis certains cas exceptionnels, s'élever à plus de 3 centimètres au-dessus du pubis (*loc. cit.*, p. 70).

2° *Direction de l'incision.* — Si l'on se rallie à la taille, l'incision devra-t-elle être parallèle au pubis, suivant la pratique de M. Duplay et de M. Cauchois, ou perpendiculaire à cet os, comme dans les cystotomies pour calculs?

Nous croyons inutile d'avoir recours à l'incision horizontale, qui est moins commode et donne moins de jour.

En raison des circonstances anatomiques particulières que nous avons dites, M. Cauchois dut faire tomber sur sa première incision une incision perpendiculaire pour arriver à découvrir la vessie. L'embarras qu'il a éprouvé et la perte de temps résultant de

[1] Dans le seul cas où le cathétérisme rétrograde a été suivi de mort, l'ouverture de la vessie avait été faite par ponction. (Voyez plus haut, en note.)

ses recherches auraient été évités, s'il avait fait du premier coup l'incision ordinaire.

Celle-ci, d'ailleurs, peut être plus courte que dans la taille pour calculs. On aura donc toute chance d'éviter la blessure du péritoine.

3° *Introduction du cathéter.* — Avant d'ouvrir la vessie, si elle contient manifestement de l'urine, il sera bon, comme l'a conseillé M. Péan, après l'avoir fixée latéralement à l'aide de deux pinces à forcipressure, d'y faire, avec un trocart capillaire et un aspirateur, une ponction évacuatrice. Cette précaution, dont on peut se passer dans les cystotomies sus-pubiennes ordinaires, alors qu'il a été possible de vider la vessie et de la remplir ensuite d'un liquide antiseptique, a ici d'autant plus sa raison d'être que l'urine a pu être retenue depuis longtemps et avoir subi un commencement d'altération.

La vessie ouverte, la conduite à tenir variera suivant que le cathétérisme rétrograde sera pratiqué au cours d'une uréthrotomie externe, ou bien qu'il sera exécuté chez un malade dont l'urèthre n'a pas subi de solution de continuité, chez un prostatique, par exemple.

Dans le premier cas, on se servira de préférence du cathéter métallique. On choisira un instrument à grande courbure pourvu d'un œil à son extrémité. Le bec de l'instrument suivra doucement la face postérieure de la symphyse pubienne. Il sera tenu bien exactement sur la ligne médiane. Une sensation particulière de dépressibilité de la paroi, et surtout la possibilité d'accentuer le mouvement de renversement de bas en haut du cathéter, avertiront de la pénétration dans le col.

On ne se contentera pas de constater avec le doigt la saillie de l'instrument à travers les parties molles du périnée ; cette sensation, chez des sujets maigres, pouvant être perçue par suite de la simple dépression de la paroi vésicale.

On s'assurera que le bec du cathéter est serré et qu'on ne peut plus lui imprimer de mouvements de latéralité.

Un doigt placé dans le rectum et suivant la progression de l'instrument pourra singulièrement aider à la manœuvre.

Nous avons déjà dit qu'il pourrait être utile et même nécessaire d'introduire l'index gauche dans la vessie, pour sentir le col et y diriger le bec de la sonde.

On arrive finalement ainsi et presque à coup sûr à sentir distinctement et même à voir, au fond de l'incision faite au périnée, l'extrémité du cathéter engagée dans le bout postérieur de l'urèthre. Il ne s'agira plus que de lui substituer une sonde à demeure.

Dans le second cas, lorsque l'urèthre n'est ni fermé par un rétrécissement, ni rompu par traumatisme, on peut encore se servir d'un instrument métallique rigide. Lorsque le cathéter sera parvenu dans l'urèthre postérieur, on l'y maintiendra immobile ; une seconde sonde métallique courbe sera portée par le méat à la rencontre de la première. Les maintenant tous deux en contact, on refoulera doucement la sonde hypogastrique avec la sonde uréthrale, jusqu'à ce que celle-ci, suivant la première, qui est peu à peu retirée, pénètre dans la vessie. C'est ainsi qu'a opéré Chassaignac dans le cas qui lui est personnel.

Le plus souvent on emploiera une sonde molle, pourvue d'un mandrin, auquel on donnera la courbure convenable. La sonde engagée dans l'urèthre, ou bien on poursuit le mouvement jusqu'à ce que le bec de l'instrument apparaisse au méat, ou mieux encore, le mandrin retiré, la sonde est seule doucement poussée en avant jusqu'à l'extrémité antérieure du canal.

Mise en place de la sonde à demeure. — Le chirurgien doit, à cet égard, avoir une double préoccupation : conduire une sonde dans la vessie et l'y laisser à demeure; assurer son renouvellement facile.

Des procédés divers ont été conseillés et employés. Le plus simple consiste à attacher au bec du cathéter, qui apparaît dans la plaie périnéale, l'extrémité d'une sonde introduite par le méat; en retirant le cathéter, on entraîne la sonde jusque dans la vessie. Ou bien on fait pénétrer la sonde qui doit être placée à demeure dans l'extrémité plus large de la sonde vésicale, de façon à ce que la première suive facilement la seconde dans son mouvement de retrait. Ou bien encore on glisse le long du cathéter vésical un mandrin de baleine qui, pénétrant dans le bout antérieur de l'urèthre, vient sortir en arrière. Sur ce conducteur on glisse une sonde à bout coupé, qui est ainsi facilement conduite jusque dans la vessie (Péan).

Ces exemples suffisent pour indiquer en quoi consiste la manœuvre dont les détails peuvent être modifiés suivant les circonstances.

Pour assurer et faciliter le renouvellement de la sonde à demeure, l'extrémité vésicale de celle-ci sera munie d'un long fil qui sortira par la plaie hypogastrique. Ce fil, entraîné avec la sonde lorsqu'elle sera retirée, permettra de retrouver sans peine le chemin parcouru.

VI. *Conclusion.* — Il résulte, il me semble, de cette longue étude, que le cathétérisme rétrograde peut, dans certains cas déterminés de rétrécissements infranchissables ou de ruptures trau-

matiques de l'urèthre, soit même peut-être, mais à titre tout à fait exceptionnel, chez certains prostatiques, rendre de réels services.

L'opération peut être exécutée dans des conditions très différentes, soit à travers une ouverture existant déjà à l'hypogastre et résultant d'une ponction antérieurement faite, soit à travers un orifice créé à cet effet par ponction ou par taille.

Nous avons dit les raisons pour lesquelles la préférence devra être souvent donnée à la taille.

Nous devons savoir gré à M. Cauchois et à M. Douart d'avoir, avec M. Duplay, attiré l'attention sur ce dernier procédé, qui ne peut manquer d'étendre le champ d'action du cathétérisme rétrograde, ressource thérapeutique parfois précieuse, peut-être trop négligée de nos jours.

Je vous propose, en conséquence, d'adresser des remerciements aux deux auteurs des observations qui ont fait l'objet de ce rapport, et de déposer honorablement leurs manuscrits dans nos archives.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne,

Par M. Nicaise.

L'intéressante communication de notre collègue, M. le Dr Richelot, sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, m'amène à compléter ce que j'ai dit dans les rapports que j'ai eu l'honneur de vous faire sur le même sujet en 1878 et 1882, en rappelant particulièrement les conditions anatomiques de l'opération et les expériences que j'ai faites sur le cadavre.

Depuis que la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne a été proposée par Vicq-d'Azyr en 1776, bien des chirurgiens ont recommandé la section de l'espace crico-thyroïdien pour créer à l'air une voie artificielle; cependant cette opération n'a pas été acceptée. Le discrédit dans lequel elle est restée jusqu'en ces derniers temps peut être attribué au défaut de notions anatomiques précises sur la région; la plupart des auteurs considérant l'espace crico-thyroïdien comme trop étroit pour laisser passer une canule.

Des mensurations répétées m'ont prouvé que les dimensions de l'espace crico-thyroïdien varient dans d'assez grandes proportions selon les individus. J'ai trouvé chez la femme, comme hauteur:

minimum 7^{mm},5, maximum 13 millimètres, en moyenne 8 à 10 millimètres.

Chez l'homme, la hauteur de l'espace crico-thyroïdien est de 9 à 11 millimètres environ.

Il est donc possible d'introduire une canule dans cet espace, d'autant plus que le cartilage thyroïde jouit d'une certaine mobilité sur le cricoïde ; mais il ne faut pas mettre en compte cette mobilité, car, pour que l'opération ne présente pas d'inconvénients, la canule doit entrer facilement, sans exercer de compression sur les parties voisines.

La laryngotomie crico-thyroïdienne est d'une exécution facile ; les branches artérielles et veineuses sont généralement de petit calibre ; quelquefois cependant, on rencontre des veines assez volumineuses, de même que la membrane crico-thyroïdienne peut être recouverte par la partie moyenne du corps thyroïde.

J'ai conseillé de faire sur le ligament crico-thyroïdien, pour introduire la canule, une incision verticale, puis d'y ajouter deux petites incisions transversales, un peu au-dessus du bord du cricoïde; il m'est même arrivé, après ces incisions, de dilater légèrement l'orifice avec l'extrémité du petit doigt avant d'y introduire la canule.

Les incisions transversales ont pour but d'éviter les déchirures du ligament et de la muqueuse que j'ai constatées plusieurs fois sur le cadavre ; elles sont nécessaires si on se sert des canules ordinaires. On peut s'en passer si on emploie une canule à bec de Krishaber, de diamètre approprié.

Quant à la canule, son choix est d'une grande importance ; si elle est trop volumineuse, non seulement elle produira des décollements et des déchirures du ligament et de la muqueuse, mais encore une fracture du cartilage cricoïde à sa partie antérieure, particulièrement chez les sujets déjà avancés en âge, ainsi que je l'ai constaté souvent. Cette fracture est plus fréquente si le cricoïde a été entamé par le bistouri.

La disposition du cricoïde rend compte de cet accident ; tandis que le diamètre antéro-postérieur de cet anneau est à peu près le même dans toute sa hauteur, le diamètre transversal va en diminuant de bas en haut, et il est plus étroit vers l'arc postérieur que vers l'antérieur ; il varie souvent chez l'adulte de 9 à 10 millimètres. Il en résulte que la canule s'applique derrière l'arc antérieur, elle exerce une compression latérale et tend à faire éclater le cartilage si elle est trop volumineuse et qu'on emploie quelque violence pour son introduction.

La canule devrait donc avoir en moyenne chez la femme de 8 à

10 millimètres de diamètre extérieur dans son point le plus large et de 9 à 11 chez l'homme.

La section du cartilage cricoïde, qui ne paraît pas présenter beaucoup d'inconvénients, permettra d'introduire plus facilement la canule qui, par la compression qu'elle exerce latéralement, maintiendra écartées les lèvres de la section. Mais, d'autre part, il en résulte que la canule est soumise à la compression élastique du cricoïde et, si déjà elle est volumineuse et qu'elle ait refoulé en haut le cartilage thyroïde, celui-ci exerce aussi une compression sur le bord supérieur de la canule, surtout si les muscles crico-thyroïdiens se contractent.

La canule peut ainsi être chassée peu à peu en dehors du larynx, et c'est un accident qui est arrivé plusieurs fois ; je l'ai moi-même observé chez un de mes malades.

Mais tout cela est facile à éviter en employant une canule dont le diamètre est approprié et dont la courbure aussi est convenable; en tenant compte des conditions anatomiques que j'ai cru nécessaire de rappeler, l'opération de Vicq-d'Azyr sera une opération facile et qui donnera de bons résultats.

Dans certains cas, elle devient une opération de nécessité, soit à cause d'une hypertrophie du corps thyroïde, ou de la présence de vaisseaux volumineux en avant de la trachée. Elle conviendra également chez les individus dont le cou est très court ; chez certains il n'y a que 3 à 4 centimètres de distance entre le bord inférieur du cartilage cricoïde et la fourchette du sternum.

L'opération de Vicq-d'Azyr est encore une opération de nécessité, si l'on doit créer une voie artificielle à l'air sans avoir de canule sous la main.

La disposition anatomique des parties permet de donner à l'air un accès facile et prolongé. Après l'incision cruciale du ligament crico-thyroïdien, dilatée légèrement avec l'extrémité du petit doigt, il reste un orifice dont les bords ont peu de tendance à se rapprocher.

Sestier, dans son mémoire sur la bronchotomie dans l'angine œdémateuse, dit que dans ce cas on peut se borner à pratiquer la section de la membrane crico-thyroïdienne.

Esmarck, dans sa *Technique de la chirurgie de guerre,* dit que l'ouverture artificielle du conduit aérien peut être exécutée promptement et facilement par l'incision du ligament crico-thyroïdien. Elle suffit même s'il s'agit seulement de conjurer un danger momentané de suffocation.

Mais sont-ce là les seules indications de l'opération de Vicq-d'Azyr? Avec MM. Verneuil et Richelot, je ne le crois pas et je pense que cette opération doit entrer davantage dans la pratique,

mais je n'oserais pas encore aller aussi loin que mes collègues et dire qu'en général elle devra remplacer la trachéotomie.

Le nombre des observations n'est pas encore assez considérable pour permettre de se prononcer. M. Richelot nous en a apporté quelques-unes qui sont favorables à l'opération.

Mais M. Gouguenheim nous a communiqué une observation qui l'a conduit à rejeter la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

M. le Dr Gouguenheim fit la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne sur un homme de 64 ans, chez lequel il avait diagnostiqué une sténose laryngienne par infiltration tuberculeuse au niveau des cordes vocales supérieures. L'opération faite avec le thermo-cautère fut facile; cependant le malade mourut le lendemain assez brusquement.

A l'autopsie on constate que les deux poumons sont le siège d'une infiltration tuberculeuse. Le cartilage cricoïde présente une carie très étendue, que rien n'indiquait pendant la vie, dit M. Gouguenheim, et il semble, ajoute-t-il, avoir été brisé d'une façon comminutive par l'opération.

Il en conclut que chez les tuberculeux il est prudent de pratiquer la trachéotomie plutôt que la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

Il faut aussi distinguer les cas dans lesquels la canule devra rester en place pendant la vie du malade, comme dans les cancers du larynx, de ceux dans lesquels la canule pourra être retirée au bout de quelque temps.

Nous savons, par les observations de M. Richelot, par exemple, que dans le premier cas, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne peut donner de bons résultats.

Mais nous n'avons pas d'observations qui nous permettent de juger ce que devient le larynx après l'ablation de la canule, comment il fonctionne et s'il reste parfois une fistule au niveau de l'espace crico-thyroïdien.

En résumé, je répéterai que l'opération de Vicq-d'Azyr doit prendre place dans la pratique chirurgicale, qu'elle est dans certains cas une opération de nécessité et que, dans d'autres, elle pourra remplacer avantageusement la trachéotomie, quand il s'agit de placer une canule à demeure, comme dans les cancers du larynx, par exemple.

Communication et présentation de pièces

M. Poncet (du Val-de-Grâce) présente des préparations et des planches se rapportant à un cas de granulations conjonctivales ayant envahi complètement la cornée.

L'œil énucléé par M. le Dr Dehenne a été examiné et a fourni la preuve histologique que la production sus-cornéenne était bien composée de tissu de granulations.

M. Poncet a coloré les microbes de ces coupes, soit par la méthode de Haab (fuchsine et méthyle), soit, et mieux, par la méthode de Gram à la teinture d'iode et au bleu de méthyle.

Le microbe des granulations se trouve dans l'épithélium et dans toutes les cellules du tissu granuleux. Il est très abondant, très petit, et se rencontre aussi entre les cellules. C'est un microcoque beaucoup plus petit que celui de l'uréthrite, auquel il ne saurait être comparé, ni comme diamètre, ni comme nombre, dans les globules blancs ou les autres éléments. Les analogies signalées par Sattler ne sont pas admissibles.

M. Poncet a retrouvé les microbes dans l'épithélium de la membrane de Descemet, où il est logé, le plus souvent, à la périphérie, bien qu'envahissant aussi quelquefois le centre de l'élément.

Dans l'iris même, qui ne présentait pas cependant de lésions inflammatoires, M. Poncet a rencontré des leucocytes remplis de ce même microbe cornéen. Il faut ajouter, toutefois, que le malade avait subi autrefois une iridectomie qui a été, peut-être, la brèche d'entrée du parasite à l'intérieur de l'œil.

M. Poncet, à l'exception des deux mémoires de Sattler (1881-1882), ne connaît pas de figurations, de planches, se rapportant à des coupes et montrant le microbe dans le tissu granuleux. Il pense donc que cette communication présente un certain intérêt pour la pathologie oculaire.

La séance est levée à 5 heures 5 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 14 avril 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° L'ordre du jour de la session générale de la Société française d'otologie et de laryngologie pour l'année 1886 ;

3° M. le président du Congrès international d'hydrologie et de climatologie, qui doit se tenir à Biarritz, le 1er octobre prochain, exprime à la Société le désir de la voir représentée à cette réunion par quelques-uns de ses membres.

Rapport.

Note sur l'opération de la cataracte, par le Dr L. Vacher, médecin-major à Orléans.

Rapport par M. Chauvel.

Comme beaucoup de chirurgiens aujourd'hui, notre collègue emploie pour l'extraction de la cataracte la méthode à lambeau cornéen sans iridectomie, l'excision de l'iris étant réservée aux cas où il y a soit un myosis invincible, soit un prolapsus irien difficile à réduire ou à maintenir réduit. La note qu'il nous a lue est un exposé rapide de sa pratique, une description des instruments spéciaux qu'il nous a présentés à l'appui de sa manière de faire.

A la pince à fixation ordinaire, M. Vacher a substitué une pince à branches croisées, sans taquet, sans verrou, qui se ferme d'elle-même si on cesse de comprimer ses branches. Une simple pression des doigts la fait lâcher prise immédiatement : c'est là son mérite.

Il nous semble que cet avantage est de peu d'importance, étant donnée la facilité avec laquelle s'ouvrent les instruments usuels, et je reprocherais à la pince de M. Vacher, s'il n'était possible d'y remédier, la dureté forcément considérable de son ressort et la pression violente qu'exercent ses mors pendant leur application. L'emploi de ces pinces est affaire d'habitude pour l'opérateur.

La pince kystitome double à écartement variable me paraît plus utile ; sa manœuvre est facile ; elle déchire largement la cristalloïde, et comme elle se ferme d'elle-même, son retrait se fait sans aucun danger d'entraîner l'iris en dehors. S'il m'était démontré qu'elle emporte constamment dans ses mors un lambeau étendu de la capsule antérieure, je dirais que c'est un bon instrument, malgré la grosseur de sa vis de fermeture.

Quant au *décoiffeur* du cristallin, à ce minuscule écarteur plein qui va chercher l'iris pour le relever au delà de l'équateur de la lentille, et permettre à celle-ci de sortir par la plaie, je le crois, théoriquement, appelé à rendre des services. Je dis théorique-

ment, car je ne sais si la pression forcément exercée sur le cristallin n'expose pas, dans certaines conditions, à produire la luxation que l'on a pour but d'éviter.

L'œil nettoyé par un filet de liquide antiseptique, solution d'iodure double de mercure et de sodium à un quinze-millième, et sa toilette faite avec le plus grand soin, on le recouvre d'un tampon d'ouate hygroscopique et d'une bande de mousseline de laine, *très légèrement compressive*. Je suis persuadé, dit M. Vacher, que la plupart des hernies iriennes qui surviennent après l'opération de la cataracte sont dues à ce que la bande est trop serrée et facilite l'entre-baillement de la plaie cornéenne. Une telle assertion est tellement en désaccord avec la pratique généralement reçue que notre confrère eût dû, pour nous convaincre, l'appuyer de preuves positives.

Si le bandeau compressif est utile, il ne l'est qu'à condition d'assurer l'immobilisation; s'il est bien régulièrement appliqué, il exerce sur les paupières, et par elles sur le globe oculaire, une compression égale; je ne vois pas bien par quelle action il pourrait amener l'entre-baîllement de la plaie cornéenne.

Le conseil de revoir le malade six à huit heures après l'opération, et d'enlever le pansement s'il y a des douleurs vives, pour juger de leur cause et parer aux accidents, est généralement suivi. Il en est de même de l'examen des voies lacrymales et des conjonctives, et nous ne pouvons que louer notre confrère de prendre, pour s'assurer de l'absence des sécrétions pathologiques, les précautions les plus minutieuses.

En résumé, Messieurs, notre confrère de l'armée nous a présenté les instruments qu'il a imaginés, ou, plus justement, modifiés, pour en rendre la manœuvre plus simple, plus aisée, moins dangereuse. Nous ne pouvons que l'en remercier, mais sans nous porter garant de leur valeur pratique, n'ayant pas eu l'occasion de les employer chez des malades. Je vous propose, Messieurs, de déposer honorablement dans nos archives la note de M. le Dr Vacher.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

Deux observations de résection partielle de l'os iliaque pour ostéite tuberculeuse, par le Dr Delorme, médecin-major de 1re classe, agrégé du Val-de-Grâce.

Rapport par M. Chauvel.

Bien que la question de l'intervention chirurgicale dans les os-

téites tuberculeuses ait été depuis nombre d'années l'objet de discussions approfondies au sein de la Société; bien que chacun de nous ait eu maintes fois l'occasion de faire connaître son opinion sur ce point de pratique, des communications incessantes, des observations nouvelles nous forcent sans cesse de revenir sur ce chapitre de la chirurgie. M. le Dr Delorme vous a présenté, dans l'une des dernières séances, un jeune soldat auquel il avait réséqué avec un plein succès une partie de la table externe et du diploé de la fosse iliaque externe pour un nodus tuberculeux. La tuberculose chez ce militaire paraissait remonter à l'enfance, où de multiples abcès du front, suivis de l'élimination des séquestres, témoignent de son existence. Plus tard, une bronchite avec hémoptysie nécessite son entrée à l'hôpital, son envoi en convalescence, et de nouveau son hospitalisation. C'est à ce moment qu'apparaît dans la région fessière gauche une tuméfaction arrondie, mal limitée, du volume d'un œuf de poule, obscurément fluctuante, irréductible, manifestement placée sous la couche musculaire. Insensible à la pression, sauf en un point, qui répond presque à l'épine iliaque postéro-supérieure, elle entraîne une légère claudication, et pendant la marche, par la fatigue, une sensation de gêne et de pesanteur dans la région. Le rachis et la hanche gauche semblent n'être pas atteints; l'état des poumons n'inspire aucune crainte sérieuse et les lésions y sont peu avancées. Par contre, l'amaigrissement, la pâleur, les sueurs nocturnes, l'affaiblissement, indiquent bien la nature de l'affection. Notre collègue conclut à l'existence probable *d'une gomme tuberculeuse sous-fessière, liée ou non à une affection ostéopathique*, et propose une intervention qui est immédiatement acceptée.

Une incision de vingt centimètres, horizontale, coupant la région fessière en travers, au niveau du grand trochanter, suivie d'une section verticale de huit centimètres qui se dirige vers le crête iliaque, permet au doigt de reconnaître l'échancrure sciatique et ouvre le foyer profond. Soixante grammes à peine d'un liquide purulent s'écoulent de ce foyer, car, dit M. Delorme, le pus n'est pas collecté dans une poche à parois régulières, mais infiltré, sous forme de diverticules, entre les différentes couches épaissies. Le raclage, la poursuite des diverticules, conduisent immédiatement au-dessus de l'échancrure sciatique, vers son milieu, dans un petit canal admettant à peine une sonde cannelée, sorte de trépanation spontanée qui se termine, dans le diploé, par une cavité de la grandeur d'un pois, remplie de fongosités.

Avec la gouge, la table externe enlevée, on voit la matière tuberculeuse s'infiltrant dans le tissu spongieux, bien au delà de la cavité signalée.

Force est à notre confrère de réséquer la table externe du diploé sur une étendue de quatre centimètres carrés, au bord même de l'échancrure sciatique, au point d'émergence des vaisseaux fessiers. Sutures superficielles et profondes, iodoforme, compression ouatée. Le lendemain la température monte à 39°,8 le soir, signalant le début d'une lymphangite qui, s'étendant au delà de la fesse, force à enlever les sutures, sans trop nuire à la réunion. Après la disparition de cette poussée érysipélateuse, la plaie suppure, reste blafarde, mais se modifie bientôt sous l'action des excitants, et se ferme complètement au bout du deuxième mois.

Nous avons vu le malade, et, malgré les cicatrices si apparentes de ses larges entailles, nous avons vu qu'il marchait aisément, prenait au besoin le pas gymnastique, faisait exécuter à la cuisse les mouvements de rotation les plus étendus ; enfin nous avons constaté que son état général était assez satisfaisant. C'était et c'est en somme un beau succès, si la guérison persiste, car, il faut le rappeler, l'opération ne date que de quatre mois.

Dans ce fait, M. Delorme signale : 1° l'existence d'une sciatique deux ans avant l'apparition de la tumeur, signe primitif dont il est bon de se souvenir ; 2° la facilité de l'hémostase malgré l'étendue considérable des incisions, la profondeur de la plaie, la prétendue vascularité de la région, facilité que notre confrère a plusieurs fois notée ; 3° l'existence d'un noyau tuberculeux, osseux, diploïque, dont le développement est resté insidieux, jusqu'au jour où, perforant l'os, la matière infectieuse est venue contaminer et enflammer les tissus mous voisins ; 4° enfin l'étendue de la perte de substance qu'il a dû faire subir à l'os iliaque, et la rapidité relative de la fermeture de ce vaste foyer.

Chez son second malade, notre distingué collègue n'a pas été aussi heureux. C'était un tout jeune soldat, 19 ans, qu'une affection fébrile aiguë avait fait envoyer en convalescence à Paris. Dans le cours de cette maladie s'était formée une vaste collection purulente de la fesse et des lombes. A son entrée à l'hôpital Saint-Martin, M. Delorme constate au-dessus de l'os iliaque gauche les traces de 5 à 6 petites incisions, et à la partie inférieure de la fesse gauche, un trajet fistuleux qui aboutit à l'os iliaque. Après un mois d'un traitement reconstituant, l'intervention proposée et acceptée est mise à exécution.

Sur une incision transversale de 12 centimètres, passant par le trajet fistuleux et faite au thermo-cautère, tombe une incision verticale de 8 centimètres. Traversant toute l'épaisseur de la fesse, ces incisions conduisent sur l'os iliaque, un peu au-dessus de la grande échancrure sciatique. Là, dit notre confrère, nous trouvâmes un petit séquestre lamellaire. Étendant notre incision musculo-cutanée

à mesure que le stylet et la vue nous faisaient constater l'extension de l'ostéite, nous arrivâmes en *tunnellisant* l'os, c'est-à-dire en enlevant sa table externe et respectant l'interne, à 2 centimètres au-dessus de la grande échancrure. Là, séquestre lamellaire, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, en partie détaché. Le trajet osseux se porte alors directement en avant, vers l'épine iliaque antérieure et la crête voisine. A ce niveau, la présence d'un séquestre plus volumineux rend compte de l'extension de la suppuration, à la région lombo-iliaque.

Nous avions, en somme, dit M. Delorme, *évidé l'os iliaque dans une étendue longitudinale de* 20 *centimètres*, et enlevé ses deux parois sur une largeur d'une pièce de 2 francs, près de la crête. Pansée à l'iodoforme, la plaie marchait régulièrement, quand une fièvre violente, une selle purulente copieuse et l'issue d'une grande quantité de pus par la partie inférieure de la plaie, mirent sur la voie d'une complication, méconnue au moment de l'intervention ou survenue ultérieurement. Le doigt put aisément constater la dénudation de la face antérieure du sacrum. Vingt-huit jours plus tard le malade succombait.

L'autopsie fait constater des lésions très étendues. Une vaste poche formée par le rectum en avant, en arrière par le sacrum dénudé, reçoit le pus fourni par une ostéite superficielle de la partie latérale droite de la colonne lombaire. A gauche, mêmes lésions rachidiennes, mais pus encore collecté dans la gaine du psoas. Ces deux muscles, comme les iliaques, sont transformés en un tissu lardacé, fibreux, dont la compression a réduit les vaisseaux iliaques au calibre des axillaires. Des adhérences intestinales multiples semblent indiquer une ancienne péritonite ; le rectum est perforé à hauteur de la troisième vertèbre sacrée. L'os iliaque gauche est dénudé à sa face interne, près de la grande échancrure, dans une faible étendue. Tout le périoste de cette face est considérablement épaissi près du point où l'os avait dû être enlevé dans toute son épaisseur. Le pourtour de l'orifice était légèrement nécrosé, mais les adhérences périostiques empêchaient les liquides sécrétés par cette portion d'os malade de fuser dans la fosse iliaque.

Tout l'intérêt de cette observation, dit notre collègue, réside dans l'étendue de la portion osseuse réséquée ou évidée ; nous ne sommes pas complètement de cet avis. Pour nous, ce fait comporte quelques enseignements, et nous regrettons que le manque de détails précis, l'absence de dates, ne permettent pas de suivre jour par jour l'évolution de la maladie. Comme nous l'avons dit dans un rapport tout récent, comme presque tous ici n'ont cessé de le répéter, la première condition d'une intervention chirur-

gicale efficace, utile, c'est la possibilité d'enlever tout le mal. Si le malade de M. Delorme a rapidement succombé, ce n'est pas que l'opération ait déterminé l'explosion d'accidents mortels; ce n'est pas que l'énorme plaie nécessitée par la poursuite d'un trajet fistuleux ait entraîné un épuisement fatal : son opéré est mort de lésions méconnues, de lésions que leur extension comme leur profondeur ne permettent pas de considérer comme récentes. La tuberculisation rachidienne, les abcès psoïtiques, la collection purulente qui s'est ouverte dans le rectum, étaient évidemment de date déjà ancienne. Était-il possible de les prévoir, était-il possible de les reconnaître? Nous connaissons assez le talent et l'expérience de notre collègue pour être sûr qu'il n'avait négligé aucune exploration avant de se décider à intervenir. Nous regrettons cependant qu'il n'en soit pas fait mention au cours de son observation.

Mais c'est précisément parce que le chirurgien est ici hors de cause, parce que la difficulté, l'impossibilité de constater semblables lésions n'est pas contestable, que la conclusion qui nous semble ressortir de tels faits est la nécessité d'une extrême hésitation, d'une observation prolongée et attentive, d'un traitement général et local modificateur, avant d'entreprendre une opération dont on ne peut à l'avance prévoir l'étendue, préciser les limites ni déterminer la gravité.

Ayant résumé dans le cours de mon rapport, les deux observations intéressantes de M. le Dr Delorme, je vous propose, Messieurs :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° De déposer honorablement son travail dans nos archives;

3° De l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Volumineuse tumeur de la région fessière constituée par une méningocèle faisant issue à travers l'extrémité inférieure du canal sacré chez une femme de 53 ans. — Extirpation. — Guérison[1], par E. Kirmisson.

La nommée L... (Eugénie), âgée de 53 ans, blanchisseuse, entre, le 21 décembre 1885, à la Pitié, dans le service de M. Verneuil, que

[1] Cette observation a été rédigée d'après les notes qui m'ont été remises par M. Broca, interne du service.

j'avais alors l'honneur de suppléer. Elle porte à la région fessière droite une grosse tumeur dont le volume peut être comparé à celui d'une tête de fœtus à terme. Elle raconte que depuis sa naissance elle avait à la pointe du sacrum une petite tumeur de la grosseur d'une noix, qui, séparée en deux parties par le sillon interfessier, présentait l'apparence d'un *cœur*. Restée stationnaire jusqu'à ces dix dernières années, la tumeur commença, à ce moment, à grossir légèrement, sans cause connue.

Depuis trois ou quatre ans, époque de la ménopause, l'accroissement a été plus considérable ; mais il est surtout devenu très rapide depuis deux ou trois mois. En peu de temps la tumeur a acquis ses dimensions actuelles. Il y a six semaines la peau s'est rompue spontanément et a livré passage à une quantité considérable d'un liquide transparent que, d'elle-même, la malade compare à de l'eau de roche. L'ouverture est restée fistuleuse pendant 24 ou 36 heures ; puis, elle s'est refermée, et la grosseur s'est rapidement reproduite, sans toutefois reprendre ses dimensions et sa dureté première. La malade n'accuse pas de véritables douleurs ; mais elle a une gêne considérable, qui la décide à venir à l'hôpital.

L'examen permet de constater que la tumeur est assez régulièrement sphérique, très fluctuante et d'une transparence parfaite. Elle est recouverte d'une peau brunâtre qui présente, à l'endroit le plus saillant de la masse, une petite croûte noirâtre, indice du point où s'est faite la rupture spontanée. La tumeur est parfaitement mobile sur les parties profondes. Sa distension empêche de plisser la peau au-dessus d'elle. A sa partie inféro-interne on trouve une masse solide, modérément dure, qui donne la sensation d'un lobe adipeux repoussé par la tumeur et déviant vers la gauche le sillon interfessier. Il n'y a aucune apparence de réductibilité, aucuns phénomènes médullaires; ni gêne de la motilité, ni douleurs du côté des membres inférieurs.

Une ponction faite avec la seringue de Pravaz permet de constater que le liquide est clair comme celui des kystes hydatiques, mais il renferme un peu d'albumine.

Le 24 décembre, une nouvelle rupture se produit et donne lieu, comme la première fois, à un écoulement de liquide transparent, ne laissant aucune trace sur le linge. Le soir, la tumeur est flasque et affaissée. La peau, à sa surface, est ridée et manifestement épaissie. On sent bien alors que le kyste repose sur une masse dure, lobulée, irrégulière, se continuant par le prolongement déjà décrit comme par un véritable pédicule, qui va s'insérer sur la face postérieure du sacrum. Quand on presse ce pédicule entre les doigts, on détermine une douleur assez vive. Le reste de la masse est, comme le kyste lui-même, mobile sur les parties profondes.

Le 26, la tumeur s'est en partie reproduite, mais moins volumineuse. Le toucher rectal permet de constater que la face antérieure du sacrum et du coccyx est normale; le pédicule se fixe certainement sur la face postérieure du sacrum, et non à la pointe du coccyx.

Le 28 décembre, opération. Je pratique à la surface de la tumeur

deux incisions obliquement dirigées du milieu du sacrum vers le grand trochanter, et se rejoignant en haut et en bas, de manière à circonscrire une ellipse de peau qui sera enlevée avec la tumeur. Je dissèque alors les deux lèvres de la plaie. En bas et en dehors, la peau, épaissie et infiltrée, adhère intimement à la paroi du kyste, qui, à un moment donné, est ouverte par le bistouri. La dissection de la lèvre interne de la plaie est faite ensuite, en s'aidant de temps en temps du doigt, et en redoublant de précautions au voisinage du pédicule. On constate nettement, en arrivant sur le sacrum, que la tumeur envoie dans le canal sacré un prolongement de la grosseur de l'index, s'engageant dans la gouttière sacrée elle-même. Car aucune fissure n'existe sur la face postérieure de l'os, qui, mise à nu, apparaît à l'état normal. Le pédicule, bien isolé des parties voisines, est enserré dans une forte ligature au catgut, puis sectionné au-devant de cette ligature. La tumeur est alors entièrement détachée ; quelques artérioles sont liées au catgut. La peau est suturée avec le crin de Florence, en laissant le pédicule dans l'angle supérieur de la plaie ; deux gros drains sont placés dans l'angle inférieur et externe. Pansement de Lister.

Les suites opératoires furent des plus simples, et ne méritent pas d'être mentionnées.

Le 26 janvier, après une suppuration peu abondante par le trajet des drains, la cicatrisation était complète et la malade quittait l'hôpital.

L'intérêt principal réside dans l'examen de la pièce elle-même. La tumeur enlevée est constituée par une vaste poche à parois fibreuses, denses et lardacées, dont la surface interne est lisse. Cette poche principale qui constituait la tumeur fessière, se continue en dedans par un canal étroit avec une seconde cavité beaucoup moins vaste, dont le volume n'excède pas celui d'un œuf de poule. C'est cette dernière cavité qui, située au niveau de la rainure interfessière, aboutit au pédicule intra-rachidien. Ses parois sont doublées d'une couche adipeuse, épaisse et rénitente, constituant un véritable lipome. C'est cette masse qui donnait pendant l'exploration la sensation de parties solides et dures sur lesquelles reposait la tumeur principale, elle-même évidemment fluctuante. Au point où a porté la section du pédicule, il existe un orifice qui montre que ce pédicule était creux.

Il est dès lors facile, d'après l'étude de la pièce, de reconstituer les diverses phases par lesquelles a passé l'affection. La petite tumeur médiane, à parois épaisses et lipomateuses représente évidemment la tumeur congénitale que la malade portait au niveau du sillon interfessier et qu'elle compare à un cœur. Cette tumeur n'a présenté pendant un temps fort long qu'un accroissement insignifiant ; puis, à un moment donné, un point de cette poche s'est laissé distendre et est devenu le point de départ de la tumeur fessière, qui constituait, au moment où nous avons opéré la malade, la masse principale de la tumeur.

La pièce a été confiée à M. Besançon, interne des hôpitaux, qui a bien voulu en pratiquer l'examen histologique dans le laboratoire de M. Lancereaux. Cet examen a permis de reconnaître que la membrane

constituant la poche est de nature fibro-élastique. A sa surface interne, on ne trouve pas d'épithélium formant un revêtement continu. Tout au plus, au milieu de quelques détritus fibrineux, qui parsèment cette face, peut-on distinguer quelques rares cellules plates, détachées de la paroi, montrant un noyau et des crêtes d'empreinte. Il a dû exister à ce niveau une couche endothéliale, qui est tombée sous l'influence de l'inflammation. En allant de dedans en dehors, la paroi présente une mince couche de tissu conjonctif lâche; puis une couche plus dense de fibres conjonctives entre-croisées et mélangées à des fibres élastiques. Enfin, à la limite externe de la poche, à son point de contact avec l'hypoderme, le réseau élastique est extrêmment abondant, et paraît presque constituer une couche distincte.

L'observation précédente est, à plusieurs égards, digne d'intérêt. L'âge de la malade doit être noté tout d'abord. Il est remarquable de voir une tumeur congénitale, comme une méningocèle, rester silencieuse pendant la plus grande partie de l'existence, et ne révéler sa présence par des symptômes qu'à l'âge de 53 ans. Le siège de la tumeur ne mérite pas moins d'être signalé. Les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne occupent en effet la ligne médiane. Ici, s'il est vrai qu'un des lobes s'avançait jusqu'au sillon interfessier, néanmoins la masse principale de la tumeur était située à droite de la ligne médiane, et occupait la région fessière elle-même. C'est une circonstance bonne à prendre en considération pour le diagnostic. Quant à la nature même de la tumeur, il est exceptionnel de rencontrer des spina-bifida à la région sacrée, au point que certains chirurgiens, MM. Trélat, Depaul et Verneuil, ont pu en nier l'existence, il est plus exceptionnel encore de voir des méningocèles faisant issue à travers l'extrémité inférieure du canal sacré, normalement conformé. M. Duplay cite un fait de ce genre rapporté par Braune. A ce dernier point de vue, notre observation constitue donc une véritable rareté.

Quels étaient les rapports exacts de la tumeur avec le canal rachidien? Pour les déterminer d'une façon précise, il eût fallu rechercher à l'aide d'un stylet à quelle hauteur remontait la cavité creusée dans le pédicule. Nous n'avons pas cru cette exploration prudente, et nous avons préféré jeter une ligature sur le pédicule avant l'ablation de la tumeur. Le fait que les deux ruptures successives du kyste n'ont été suivies d'aucun accident, porte à croire que les adhérences avaient supprimé toute communication entre le canal rachidien et la tumeur. Il eût été enfin très désirable d'avoir une analyse exacte du liquide contenu dans la poche. Sa rupture spontanée, puis son ouverture par le bistouri pendant la dissection du kyste nous ont empêché de recueillir le liquide. La

présence d'une petite quantité d'albumine dans le liquide extrait par la seringue de Pravaz doit être rapportée sans doute à l'inflammation de la paroi kystique.

Discussion.

M. Monod. Je considère l'observation de M. Kirmisson comme très intéressante, surtout pour l'anatomie pathologique. Mais le diagnostic de méningocèle, admis par lui, ne me paraît pas suffisamment justifié. La tumeur, en effet, était formée d'une partie lipomateuse et d'une partie kystique. Il me semble qu'il s'agit plutôt, dans ce cas, d'une tumeur congénitale se rapprochant des kystes dermoïdes.

Peut-être ne faut-il voir dans ce fait que la confirmation de la loi de Conheim qui considère comme ayant une origine congénitale toutes les tumeurs de l'économie. D'après lui, le cancer, le sarcome ne sont en réalité que des restes de tissus embryonnaires ayant pris, à un certain moment un développement subit. Or, la malade de M. Kirmisson affirmait qu'elle avait toujours remarqué l'existence d'une tumeur dans la région; d'autre part les relations de la tumeur avec les os ne semblent pas parfaitement démontrées.

M. Poncet (du Val-de-Grâce). Je pense qu'à côté des idées de Conheim et peut-être avant elles, par sa valeur philosophique et biologique, il faudrait placer la théorie qui considère les tumeurs de l'homme comme représentant la série des tissus dans la série animale. M. le docteur Jourdan, professeur d'histologie à l'école de Marseille a, en effet, retrouvé dans les tissus embryonnaires ou adultes des espèces inférieures, certaines formes pathologiques de l'homme ou des espèces supérieures. Les néoplasmes ne seraient donc que le développement anormal et pathologique sur un individu, d'un tissu qui reste normal dans une autre espèce; comme aussi, tel tissu deviendrait pathologique en restant à l'état embryonnaire ou se développant sous cette forme, chez l'adulte. L'homme se rattachant, par atavisme aux espèces inférieures, les tumeurs malignes pourraient être considérées, dans notre organisme, comme un retour aux espèces antérieures, comme un arrêt d'évolution.

Cette théorie de M. le professeur Jourdan (de Marseille), séduisante par sa haute conception philosophique, est encore peu connue et j'ai pensé devoir la rappeler à la Société.

M. Trélat. Dans une observation de lipome de la paume de la main que j'ai autrefois communiquée à la Société, je trouve un détail offrant une analogie évidente avec le fait de M. Kirmisson.

Le malade, jeune homme de 26 ans, quelque temps après la guérison de son lipome, me montra une tumeur qu'il portait à la fesse. Elle était longue d'environ 12 centimètres et large de 6 à 7, enfouie dans la profondeur du tissu adipeux sous-cutané et paraissant se diriger vers le sacrum. Le diagnostic était difficile; je me prononçai cependant pour celui de kyste dermoïde. L'opération montra que j'étais dans le vrai : la tumeur, très adhérente, s'enfonçait entre les fibres du muscle grand-fessier et par ses insertions se confondait avec les insertions de ce muscle au sacrum. Elle contenait de l'épiderme et des poils; sa paroi était épaisse.

Les faits de ce genre ne sont pas fréquents. Je n'en ai pas rencontré de semblable, depuis cette époque. Récemment, cependant, sur un malade de mon service, j'ai cru trouver une tumeur dermoïde, mais il s'agissait d'un abcès froid à parois épaisses.

M. Berger. Les tumeurs de la région coccygienne sont d'origine et de nature variables. Il y a des kystes dermoïdes, il y a aussi des méningocèles. On peut enfin, rencontrer des inclusions fœtales ou tératomes. Tout récemment, le *Centralbatt f. Chirurgie* donnait une observation de ce genre. Dans la tumeur on rencontra une véritable formation intestinale.

Mais dans le fait de M. Kirmisson, le point d'attache de la tumeur enlevée me paraît avoir été déterminé d'une façon assez précise pour légitimer le diagnostic qu'il a posé.

M. Guéniot. La tumeur enlevée par M. Kirmisson peut être rapprochée d'autres tumeurs congénitales dont un certain nombre, observées à la naissance, ont un volume assez considérable pour que l'enfant semble assis sur la tumeur qui retombe en arrière sur les cuisses. Dans un fait de ce genre, que j'ai eu l'occasion d'observer, l'examen histologique a montré une prolifération énorme des cellules grises de la moelle. Le résultat de cet examen pratiqué par Ch. Robin et par M. Ball, a été publié autrefois, si je ne me trompe, dans le *Journal d'anatomie*.

M. Kirmisson. La loi de Conheim, invoquée par M. Monod est encore très controversée, à l'heure actuelle. Ranvier et ses élèves la repoussent bien que les récents travaux de M. Malassez sur l'origine des kystes des mâchoires semblent plutôt la vérifier.

Les tumeurs congénitales de la région coccygienne sont de nature très variée, sans doute. Mais, dans le fait que je rapporte, les connexions de la tumeur avec la partie inférieure du canal sacro-coccygien m'ont paru une raison suffisante pour établir le diagnostic de méningocèle. Le pédicule pénétrait certainement jusque dans le canal sacré, bien que je n'aie pas pu en poursuivre

la dissection. Le liquide, en outre, était transparent ; malheureusement il s'est écoulé au moment de l'opération et quelques gouttes seulement ont pu être examinées ; on y a constaté la présence de l'albumine.

D'ailleurs, je ne vois pas aux dépens de quel organe de cette région la tumeur aurait pu se développer. La glande de Luschka ne peut évidemment être, ici, mise en cause.

M. Trélat. On peut comprendre de la façon suivante le développement d'une tumeur congénitale de cette région. Au moment où les membres inférieurs de l'embryon commencent à se montrer sous forme de bourgeons, de chaque côté de l'appendice caudal, il se ferait une plicature, ainsi qu'on l'admet pour d'autres régions, la queue du sourcil, par exemple, et un kyste dermoïde se trouverait ainsi constitué.

M. Monod. Si la théorie de Conheim est vraie, c'est pendant la période embryonnaire au moment où se différencient les trois feuillets du blastoderme, que se constitue la tumeur future. Une cellule égarée suffit pour en devenir le point de départ.

Il n'est donc pas nécessaire que la tumeur prenne naissance dans un organe particulier.

M. M. Sée. La nature du liquide dont nous a parlé M. Kirmisson n'est pas capable de nous renseigner sur l'origine du kyste. Les kystes sébacés très anciens peuvent eux-mêmes subir des transformations telles qu'ils renferment un liquide transparent. L'existence d'un liquide clair ne suffit donc pas pour permettre de conclure à une origine méningienne de la tumeur.

M. Kirmisson. Je tiens à faire remarquer que dans les kystes sébacés anciens, si le liquide peut être transparent, il est, ordinairement de coloration un peu brunâtre et qu'il tient en suspension quelques éléments épithéliaux qui ne se rencontraient pas dans le liquide de la tumeur que j'ai enlevée.

Communication.

De la laparotomie sous-péritonéale (en particulier dans le traitement des abcès pelviens et des hématocèles pelviennes),

Par le Dr S. Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine.

La chirurgie abdominale qui a fait dans ces dernières années de

si brillantes conquêtes, est trop souvent désarmée contre certaines formes de périmétrites suppurées. Je veux parler de ces cas nombreux où le pus prenant son origine soit dans le système lymphatique, soit dans le cul-de-sac péritonéal de Douglas, soit dans le tissu cellulaire qui entoure le col de l'utérus (la théorie pathogénique a ici peu d'importance) a formé une collection circonscrite et profonde en dedans de l'enceinte du petit bassin. Ces *abcès pelviens,* ainsi qu'il convient de les nommer, ont une physionomie clinique bien connue et sur laquelle je n'aurai garde d'insister inutilement ; il n'est pas un chirurgien qui ne connaisse leur allure à la fois chronique et septique ; leur tendance à des évacuations fistuleuses continues ou intermittentes par le vagin ou par le rectum (pour ne parler que des voies les plus communes) ; la violence des orages inflammatoires et fébriles qu'ils soulèvent à intervalles irréguliers, contrastant avec des rémissions trompeuses qui font temporairement espérer la guérison ; l'état d'impotence ou d'infirmité où ils laissent souvent les femmes après leur guérison spontanée qui demande toujours une durée très longue ; enfin, la terminaison fréquente par la mort, soit directement par la fièvre hectique, soit indirectement par la tuberculose ou la dégénérescence amyloïde des viscères.

Il est des cas heureux où l'abcès proémine franchement dans un cul-de-sac vaginal et où on peut en faire l'ouverture et le drainage. Mais ces cas constituent l'exception. Chez l'immense majorité des malades il est impossible de déterminer par le toucher un point fluctuant ou seulement dépressible dans la masse dure d'inflammation plastique immobilisant l'utérus et effaçant plus ou moins les culs-de-sac. Or, comment se résigner à enfoncer aveuglément le trocart dans cette région, comment se déterminer surtout à entreprendre avec le bistouri une incision exploratrice au fond de la cavité vaginale ? On peut en dire autant de la ponction ou de l'incision par le rectum, qui présente de plus le danger réel d'augmenter la septicité du foyer.

Enfin, en admettant même que les abcès pussent être facilement atteints soit par le vagin, soit par le rectum, qui ne voit combien il serait difficile sinon impossible d'y maintenir un bon drainage et d'assurer l'antisepsie de leur cavité ?

Ces considérations ont si vivement frappé les gynécologistes que la grande majorité s'abstient en pareil cas d'intervenir chirurgicalement et se borne au traitement des symptômes et à une expectation qui est un aveu d'impuissance. A la vérité, l'un des plus habiles et des plus audacieux parmi les chirurgiens étrangers, Lawson Tait, n'hésite pas, en pareil cas, à ouvrir l'abdomen, à chercher l'abcès pelvien, à le vider, à le désinfecter

et à le drainer [1]. Cette hardiesse a trouvé des imitateurs [2].

Cependant, malgré 20 cas heureux, sans aucun insuccès, rapportés par l'éminent gastrotomiste, son procédé radical est loin d'être entré dans la pratique, même parmi ses compatriotes.

La plupart des chirurgiens reculent encore à l'idée d'ouvrir largement le péritoine pour aller à la recherche d'un petit foyer caché dans le voisinage de l'utérus, foyer qui, une fois ouvert et malgré toutes les précautions prises pour l'isoler, peut devenir rapidement le point de départ d'une inflammation septique pour la séreuse ouverte du même coup.

S'il existait une voie qui permît à la fois d'atteindre assez facilement l'abcès en opérant à ciel ouvert et qui cependant ne présentât pas le danger sur lequel je viens d'insister, cette voie ne serait-elle pas la meilleure ? Or cette voie existe, quoiqu'elle ait été jusqu'ici peu ou point suivie. C'est celle par laquelle on arrive à lier les artères iliaques et qui permet, en décollant le péritoine, de pénétrer profondément dans l'excavation pelvienne au sein de cette région chirurgicale bien définie, limitée en bas par le releveur de l'anus, en haut par le reploiement de la séreuse et que M. Richet a appelée l'espace *pelvi-rectal supérieur*.

Il est probable que plus d'un chirurgien a spontanément choisi cette voie dans des cas isolés. Toutefois, il n'en est qu'un, Hégar [3], qui ait systématisé ce procédé et formulé d'une façon nette et précise ses indications formelles dans les cas de suppuration pelvienne.

Je ne connaissais pas, du reste, son travail quand j'ai, pour la première fois, décollé le péritoine au-dessus du ligament de Poupart pour arriver sur un abcès profond.

Je proposerai le nom de *laparotomie sous-péritonéale* pour désigner brièvement l'incision mise en usage dans les cas de ce genre.

Observation I. — *Abcès pelvien avec fistule vaginale. — Hecticité. — Laparotomie sous-péritonéale. — Drainage. — Guérison.*

Aline Rose, 33 ans, couturière, entre le 4 février 1885, hôpital Pascal, salle A, n° 18.

Antécédents. — Père mort à 64 ans (maladie du foie) ; mère morte à 59 ans (hémorrhagie cérébrale).

Rien de particulier dans les antécédents personnels de la malade.

[1] Lawson Tait, *The pathology and treatment of the disease of the ovaries*, 1883.

[2] Christian Fenger, Chronic peri-uterine abcess; its treatment by laparotomy [American med. Association (*Medical News*, may 8, 1885)].

[3] *Vortrag a. d. Oberrhein-Aertztetag,* Freiburg, 1881.

Réglée à 14 ans, d'une façon régulière ; pas de syphilis, pas d'enfants ni de fausses couches.

La malade travaillait à la machine à coudre environ une heure par jour.

Au mois d'avril 1884, sans cause déterminante appréciable ou avouée la malade ressentit des douleurs aiguës partant de l'aine, descendant dans la cuisse et jusqu'au genou gauche. Il y eut de la fièvre et écoulement de pus par le vagin. Une fistule persista qui s'oblitérait fréquemment et alors survenait une fièvre intense.

La malade entra à Lariboisière le 24 avril 1884, service de M. Gérin-Roze. Le diagnostic écrit fut *périmétrite puis pelvipéritonite* ; *ouverture d'un phlegmon par le vagin ; fistule persistante*. La malade resta un an dans le service de M. Gérin-Roze, avec des alternatives d'amélioration et de rechute, tantôt en proie à une fièvre intense, tantôt soulagée pour plusieurs jours par l'évacuation d'une petite quantité de pus.

Elle passe dans le service du Dr Pozzi, le 4 février 1885 pendant une des périodes d'accalmie.

État actuel. — Depuis huit jours, les douleurs ont cessé après un orage inflammatoire très violent qui s'est terminé par un écoulement de pus fétide. Il y a encore de petits accès de fièvre tous les soirs. Amaigrissement, perte d'appétit. Le toucher vaginal montre l'utérus immobile, mais pas de tumeur dans les culs-de-sac. Rien au toucher rectal.

Le speculum Cusco découvre une fistule en rejetant le col en haut. Tumeur se délimitant bien dans la fosse iliaque, du volume du poing.

La fistule se trouve déboucher au sommet du cul-de-sac postérieur du vagin par un orifice en entonnoir qui semble avoir un diverticulum long de 2 centimètres dans lequel s'engage un stylet de trousse en provoquant un léger suintement de sang et une douleur très vive.

Si l'on plonge le stylet dans une certaine direction, à peu près horizontale (quand la malade est couchée), il pénètre de 6 centimètres sans provoquer de douleur.

La pression sur l'hypogastre, les efforts que fait la malade en toussant, font suinter du pus par l'orifice de la fistule. Ce pus est jaune crémeux et très fétide.

La quantité que la malade en perd, par jour, peut être évaluée à un verre à Bordeaux environ. Du reste, cette quantité varie beaucoup.

La dilatation progressive à l'aide de laminaires de plus en plus grosses, provoque une douleur très vive. Leur calibre d'abord de 1 millimètre 1/2 de diamètre arrive à 1/2 centimètre environ.

Le pus coule abondamment depuis l'introduction des laminaires.

15 *février*. Un drain en caoutchouc est introduit avec une certaine difficulté dans la fistule et maintenu à l'aide d'un tampon.

16 *février*. Douleurs considérables, le tampon ne peut plus être supporté.

Essai de drainage de la cavité à l'aide d'une sonde n° 13, en gomme, coupée au ras de la vulve et maintenue en place à l'aide d'une plaque

de liège dans laquelle la sonde passe à frottement dur. La plaque est maintenue par un bandage.

6 *mars*. Injection au sublimé au 1/1000e qui détermine sur-le-champ une douleur extrêmement vive qui continue pendant la journée et n'est terminée que le soir par un lavement laudanisé.

10 *mars*. Injection phéniquée qui ne provoque aucune douleur; le pus s'écoule par le vagin et un peu par le tube. Même pansement pendant huit jours.

En présence de l'insuccès de ces tentatives, et malgré la profondeur du foyer supposé, M. Pozzi se décide à aller à sa recherche en décollant le péritoine.

30 *mars. Opération*. — Précautions antiseptiques. Ventre lavé et savonné, etc. Anesthésie au chloroforme. M. Pozzi pratique une incision de 12 centimètres de long environ, concave en haut commençant à 3 centimetres de l'épine du pubis, éloignée d'abord de 1 puis de 2 travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope.

Incision couche par couche ; le péritoine est décollé avec les doigts; on arrive ainsi sur une petite tumeur dépressible en dedans de l'iliaque externe, elle est ponctionnée avec le trocart courbe de Chassaignac, dont la pointe vient ressortir dans le cul-de-sac vaginal postérieur, aux environs de l'orifice du trajet fistuleux.

Un grand tube à drainage est placé ; sortant d'une part par la vulve et de l'autre par l'incision opérée. Un fil réunit les deux extrémités de ce drain.

Deux tubes en canon de fusil sont accolés et posés debout dans l'ouverture de la poche déchirée et agrandie avec les doigts. (Cette poche ne dépasse pas le volume du poing.)

Injections d'eau phéniquée forte ; 2 points de suture dans l'angle inférieur de la plaie. Pansement de Lister.

A deux heures de l'après-midi, environ trois heures après l'opération, la malade se trouve dans un état syncopal presque complet. La peau est froide, visqueuse. Le pouls est filiforme et, à certains moments, il peut à peine être perçu. Les battements du cœur s'entendent difficilement, la malade accuse une grande angoisse, une sensation de froid intense. Il y a eu évidemment une absorption considérable d'acide phénique (la solution dont on s'est servi était anormalement forte, par suite d'une erreur de l'interne en pharmacie ainsi que cela a été constaté ultérieurement).

Huit piqûres d'éther en une heure. Sinapismes aux jambes. Enveloppement dans des draps brûlants. En même temps, liqueur d'Hoffmann et tous les quarts d'heure une cuillerée de rhum sucré chaud.

Vers 5 heures, le pouls se relève, mais la malade accuse toujours une sensation de froid et se sent très faible.

31 *mars*. Premier pansement. Sur le ventre, au-dessus de la plaie opératoire se trouvent deux larges macules rouge vif, larges comme les deux mains et dues à la cautérisation par l'acide phénique.

2 *avril*. Les fils d'argent de l'angle inférieur de la plaie sont enlevés. Injections de sublimé au 1/1000e. Les injections qui, la veille, ne pas-

saient pas par le tube vaginal, mais ressortaient par le tube double, passent aujourd'hui. Pansement de Lister. Injections vaginales de sublimé 4 fois par jour.

La malade est toujours dans un état de dépression marquée, se plaint de froid et d'une sensation de brûlure à l'épigastre. T. soir, 37°.

3 *avril.* T. matin, 37°; soir, 37°,5.

Pansement matin et soir avec l'alcool camphré coupé de moitié d'eau, le sublimé pouvant à la longue déterminer des accidents mercuriaux.

4 *avril.* T. matin, 37°,6; soir, 38°. Pansement matin et soir. Il y a une certaine mortification du tissu cellulaire dans l'intérieur de la plaie.

5 *avril.* T. matin, 38°; soir, 38°,4. Deux pansements, un le matin et le soir. L'alcool camphré est remplacé par l'eau oxygénée à 6 volumes. La malade se plaint toujours beaucoup de ses brûlures. Vaseline iodoformée sur les brûlures. La malade est encore faible et abattue.

6 *avril.* T. matin, 37°,8; soir, 38°,2. Les eschares cutanées du ventre tombent et laissent voir une ulcération du derme de l'étendue environ d'une paume de main. Les injections passent bien par le tube vaginal.

7 *avril.* T. matin, 37°,9; soir, 38°,5. La malade a meilleur aspect. Pansement matin et soir.

9 *avril.* T. matin, 37°,8; soir, 38°,7. La plaie commence à se nettoyer. Les bords deviennent rosés.

13 *avril.* Pansement le matin.

De nombreux filaments mortifiés sont retirés de la plaie. Une petite hémorrhagie se déclare une demi-heure après. Le pansement est défait et remplacé par des tampons de vaseline iodoformée maintenus dans la plaie à l'aide d'une compression énergique. L'hémorrhagie ne se renouvelle pas.

14 *avril.* T. matin, 37°,6; soir, 38°,2.

16 *avril.* En faisant une injection d'eau oxygénée, un des tubes doubles tombe. Il n'est pas remplacé. Le second tube est enlevé le 18 avril. Il ne reste plus que le tube vaginal dans la plaie. La plaie commence à bourgeonner et à se refermer. Le pansement qui, depuis 15 jours était renouvelé matin et soir, n'est plus fait que le matin.

20 *avril.* Le tube vaginal est coupé. On ne laisse qu'un drain dans la partie abdominale.

A partir de ce moment, l'observation ne présente plus rien de particulier. La plaie bourgeonne et se cicatrise régulièrement. Le drain est raccourci de plus en plus, puis supprimé. Six semaines environ après l'opération, la plaie est presque entièrement fermée.

Au bout de deux mois, cicatrice presque linéaire ayant 1/2 centimètre de large sur 8 environ de longueur.

La malade a beaucoup engraissé et son aspect qui, avant l'opération, était presque cachectique est maintenant excellent.

La malade a été revue au mois de décembre 1885. Elle était dans un état florissant de santé, sans aucun trouble du côté de l'utérus et venait me demander si elle pouvait se marier sans inconvénients.

Il est toute une catégorie de cas où la suppuration de la périmétrite est très difficile à diagnostiquer ; il en est d'autres où cette suppuration, rendue évidente par la production de fistules ouvertes dans le vagin ou le rectum, ne donne pas lieu à des collections circonscrites, appréciables par l'examen et abordables par le bistouri. Il s'agit alors de simples clapiers ou sinus creusés dans l'épaisseur des fausses membranes et des callosités d'inflammation chronique qui enchassent l'utérus et le rectum.

Dans ces cas, la laparotomie extra-péritonéale restera le plus souvent *exploratrice* et ne pourra qu'éclairer sur la nature exacte des lésions.

Il n'y a pourtant pas dans cette perspective de quoi faire hésiter le chirurgien, car il est d'un tel intérêt de trouver et d'ouvrir une collection purulente profondément située que, pour peu que son existence soit simplement probable (particulièrement dans le cas de fistule rectale ou vaginale) on est autorisé à la rechercher. Il est possible, du reste, que l'incision permette alors l'extraction de masses ganglionnaires péri-utérines ; enfin, même dans les cas moins heureux, la modification qu'elle amène dans les tissus épaissis par l'inflammation a paru plutôt favorable. L'opération paraît bénigne. On doit savoir cependant que souvent, dans les inflammations péri-utérines anciennes, le décollement du péritoine offre des difficultés particulières et que la séreuse, très adhérente, peut même être déchirée. Mais pour peu qu'on procède avec précaution il sera toujours facile de s'arrêter avant que ce délabrement soit étendu et d'y porter remède par quelques points de catgut ainsi que cela m'est arrivé deux fois sans suite fâcheuse.

Voici trois observations à l'appui de ce que je viens de dire de l'incision exploratrice. De fait, les deux dernières seules méritent d'être rangées sous ce chef puisque dans la première j'ai pu extraire les masses ganglionnaires (que je vous présente) et qui, soit dit en passant, offrent un intérêt considérable au point de vue de la théorie de certaines inflammations péri-utérines.

Obs. II. — *Adéno-lymphite péri-utérine. — Laparotomie sous-péritonéale. — Énucléation de ganglions dans la fosse iliaque et le petit bassin. — Amélioration.*

Julien, Marie, 29 ans, modiste, entre le 9 juillet 1885 à l'hôpital Pascal, salle A, lit n° 2.

Antécédents. — Scarlatine dans l'enfance ; bubon scarlatineux suppuré.

Réglée à 12 ans toujours régulièrement. Constamment les règles ont été très douloureuses.

Une enfant à 19 ans. Bonnes suites de couches. Après cet accouche-

ment unique, les règles sont aussi douloureuses qu'auparavant, avec expulsion de caillots sanguins.

Il y a sept ans, péritonite (?) sans cause connue qui nécessite un séjour au lit pendant trois mois. La guérison paraît en avoir été complète.

Il y a deux ans, métrite (?) qui dure deux mois. Séjour au lit. Guérison encore complète sans persistance de phénomènes douloureux.

L'affection actuelle débute, il y a quatre mois et demi, à la suite d'un refroidissement le premier jour des règles.

Le lendemain de ce refroidissement, douleurs dans le bas-ventre, fièvre, frissons. La malade est obligée de garder le lit. Les règles ne s'arrêtent pas et durent encore trois jours comme d'habitude.

Le 2 mai 1885, entrée à l'hôpital de Lariboisière dans le service de M. Gérin-Roze qui diagnostique un *phlegmon du ligament large.*

Traitement : Cataplasmes, purgatifs, lavements, vésicatoires, pointes de feu.

Vers le 15 juin environ, issue par le rectum d'une grande quantité de pus. L'écoulement qui dure environ huit jours fait disparaître les douleurs et tomber la fièvre.

Les douleurs et la fièvre reparaissent avec la cessation de l'écoulement. Piqûres de morphine.

9 *juillet* 1885. Passage à l'hôpital Pascal.

État actuel. — La malade accuse des douleurs vives dans le bas-ventre avec irradiations douloureuses dans la cuisse droite. Inappétence. Constipation. Fièvre légère le soir. Insomnie, nervosisme.

La fosse iliaque gauche est complètement libre.

A droite existe une tumeur étalée, adhérente à l'os iliaque, dure et douloureuse à la pression du volume du poing.

Au toucher vaginal, le col paraît entr'ouvert, déchiré à gauche. L'utérus est immobile et en rétroflexion.

Le cul-de-sac latéral gauche est libre.

À droite, le cul-de-sac est effacé par la présence d'une tumeur dure, douloureuse, sans aucune apparence de fluctuation et qui se continue manifestement en haut avec la tumeur de la fosse iliaque.

La pression de la main située sur cette dernière transmet le mouvement au doigt vaginal, mais sans donner la sensation de fluctuation.

Le toucher rectal permet d'apprécier de nouveau l'existence de la tumeur à droite, sa grande dureté et sa fixation exacte à la paroi pelvienne sur laquelle elle n'offre aucune mobilité.

Le soir, T. 38°,6.

10 *juillet.* Matin, 36°,8 ; soir, 38°. La persistance de la fièvre et l'intensité des douleurs, ainsi que les antécédents, permettant de supposer qu'il se faisait un travail de suppuration dans la tumeur de la fosse iliaque, M. Pozzi se décide à aller l'inciser en décollant le péritoine.

Opération le 13 *juillet.* — Anesthésie par le chloroforme. Incision comme pour la ligature de l'iliaque externe.

Le péritoine est soulevé, et le doigt arrive en dedans des vaisseaux

iliaques externes sur une tumeur arrondie, rénitente, mais non fluctuante et dont le toucher vaginal permet d'établir la continuité avec la tumeur à caractères analogues qui occupe le cul-de-sac latéral droit.

Une ponction exploratrice faite avec un petit trocart dans la tumeur mise à nu, ne donne issue à aucune matière liquide. Par la piqûre se fait un écoulement sanguin en nappe. Une exploration attentive permet bientôt de reconnaître là un ganglion enflammé dont l'énucléation est faite assez facilement avec les doigts.

Son volume est à peu près celui d'un petit œuf de poule. Il est situé au niveau du détroit supérieur.

Derrière lui et plus profondément dans le petit bassin arrivant jusque sur les parties latérales de l'utérus, un autre ganglion de même volume est extrait de la même façon. Ni l'un ni l'autre ne sont suppurés.

On peut alors arriver sur un troisième situé au voisinage immédiat du cul-de-sac vaginal; par prudence et de crainte d'hémorrhagie dangereuse à cette profondeur considérable, il est laissé en place.

De l'extraction des deux premiers ganglions résulte la formation d'une cavité dans laquelle on sent battre en arrière l'artère iliaque interne, descendant inférieurement jusqu'au cul-de-sac vaginal.

Cette cavité saignante est badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc à 3 0/0, puis drainée avec un tube de gros calibre sortant par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Suture complète de la plaie par des fils métalliques profonds et superficiels. Pansement de Lister; forte compression.

Les suites de l'opération ne présentent rien de notable. Le 8 août, la cicatrisation est complète après une suppuration médiocre de courte durée.

Le mouvement fébrile a disparu. Il y a encore des douleurs de névralgie lombo-abdominale très vive que les piqûres de morphine parviennent seules à soulager.

La malade sort le 16 septembre. Le palper abdominal montre que la tumeur de la fosse iliaque a disparu : le toucher vaginal permet de sentir dans le cul-de-sac droit une induration très circonscrite et ne formant plus saillie.

En résumé, amélioration considérable de l'état anatomique, cessation des phénomènes inflammatoires mais persistance de phénomènes névralgiques.

Obs. III. — *Périmétrite plastique et suppurée. — Fistule rectale. — Laparotomie sous-péritonéale exploratrice. — Pas d'accidents.*

Bebenau, Eugénie, 35 ans, couturière, entrée le 20 octobre 1885 à l'hôpital Pascal, salle A, n° 15.

Antécédents. — Pas de scrofule, ni syphilis, ni rhumatisme; réglée à 11 ans, menstruation régulière, mariée à 16 ans 1/2, trois enfants.

Il y a un an, sans cause appréciable ou avouée, la malade commence à sentir des élancements douloureux dans la fosse iliaque droite, surtout accentués au moment des règles.

Le 14 juillet 1885, à la suite d'un refroidissement pendant la période menstruelle, apparaissent les phénomènes de phlegmon péri-utérin diagnostiqué en ville.

État à l'entrée. — Le toucher rectal et vaginal, ainsi que le palper abdominal, permettent de reconnaître que l'utérus est volumineux, comme si ses parois contenaient un corps fibreux. Il est immobilisé dans le petit bassin et il existe un empâtement ligneux dans le cul-de-sac latéral droit principalement ; phénomènes de cystite aiguë du col (ténesme, légère opalescence des urines).

Il y a eu, il y a trois semaines, évacuation par le rectum d'une petite quantité de pus.

La malade reste dans le service pendant quatre mois avec des alternatives variables rendant de temps en temps du pus dans le rectum et toujours en proie à des douleurs abdominales très intenses.

L'examen le plus consciencieux plusieurs fois répété ne permet de reconnaître aucune tumeur dans les fosses iliaques et aucun point fluctuant ou dépressible dans les culs-de-sac vaginaux. Toutefois l'écoulement intermittent du pus par le rectum ne permet guère de douter qu'il y ait un foyer pyogénique au milieu des produits plastiques péri-utérins.

Encouragé par une précédente opération, M. Pozzi se décide à faire une incision exploratrice.

Opération. — Le 11 mars 1886, la malade étant chloroformée, laparotomie sous-péritonéale à droite ; le péritoine est excessivement adhérent en dedans des vaisseaux iliaques externes ; il se déchire dans une étendue de 4 centimètres environ et est immédiatement suturé au catgut. On poursuit le décollement de la séreuse un peu plus bas jusqu'à ce que le doigt introduit par la plaie ne soit séparé du doigt introduit dans le vagin que par une épaisseur de tissu induré d'environ 2 centimètres. En explorant de tous côtés la base du ligament large et les parties latérales de l'utérus, on ne sent aucun point dépressible, mais seulement des masses indurées. Il est facile de palper l'utérus à travers le péritoine décollé et d'apprécier sa grande augmentation de volume ; une bride très tendue (qui pourrait être la trompe adhérente) existe sur sa partie latérale.

La recherche est alors abandonnée, un drain placé dans la profondeur de la plaie qui est refermée par deux plans de sutures : 5 au catgut sur l'aponévrose du grand oblique, 3 sutures profondes au fil d'argent comprennent à la fois les plans profond et superficiel, 9 points métalliques superficiels.

Pansement à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent très simples ; il survint pourtant un peu de suppuration superficielle. Trois semaines après, la cicatrisation était complète.

Une amélioration considérable des phénomènes douloureux s'est produite depuis cette époque et l'opération paraît avoir réellement provoqué une certaine résolution dans l'empâtement péri-utérin. La fistule

rectale persiste cependant et la malade, quoique améliorée, n'est nullement guérie.

Obs. IV. — Je viens tout récemment de pratiquer une incision exploratrice dans des conditions très analogues, sur la femme d'un médecin présentant depuis près de deux ans des phénomènes de périmétrite avec fistule rectale. L'examen clinique (après anesthésie) ne permit pas de découvrir de foyer accessible dans le petit bassin, et je sentis seulement des masses indurées péri-utérines par le toucher vaginal et le toucher rectal ; cependant, en présence de l'état grave de la malade qui était en proie à une poussée aiguë des plus menaçante, je me decidai à faire une incision exploratrice par la voie sous-péritonéale. Elle fut pratiquée à droite, point de départ des premiers accidents. Là encore adhérence extrême de la séreuse que le doigt décolle avec peine au delà des vaisseaux iliaques, et qui se déchire dans une petite étendue : suture avec 4 points de catgut, continuation de la recherche qui demeure négative. Mais pendant cette exploration intra-pelvienne et sous l'influence sans doute de la malaxation des tissus indurés qui renfermaient une petite cavité purulente, brusque évacuation de 2 à 3 cuillerées de pus par le rectum au cours de l'opération. Pansement comme dans l'observation précédente. Suites également bénignes.

Chute immédiate de la fièvre (l'opération a eu lieu il y a une dizaine de jours, et on peut seulement apprécier déjà son innocuité parfaite).

L'évacuation ou la recherche des collections purulentes dans le petit bassin ne me paraît pas être la seule application importante de l'incision de la fosse iliaque suivie du décollement péritonéal. Elle peut, je crois, pour le traitement des volumineuses hématocèles rétro-utérines, être avantageusement substituée soit à l'incision vaginale, que tant d'auteurs ont abandonnée par suite du danger d'hémorrhagie incoercible et des difficultés du drainage et de l'antisepsie, soit à la laparotomie intrapéritonéale, qui fera hésiter encore bien des chirurgiens. Je n'ignore pas les beaux succès que cette opération hardie a donnés entre les mains de Lawson Tait[1], Baumgaertner[2], Martin[3], Imlach[4], Prengrueber[5].

Mais je répéterai ici ce que j'ai dit à propos du même traitement appliqué aux abcès pelviens ; la communication du foyer morbide, même détergé, avec la cavité séreuse, est toujours menaçante pour celle-ci. Or, il sera bien souvent impossible de *séquestrer* ce foyer après son évacuation en suturant exactement les parois de la poche aux parois abdominales ; et alors les sécrétions de ce foyer

[1] *Medico-Chir. Transactions*, vol. LXIII, p. 307 ; 1881.
[2] *Deutsche med. Woch.*, n° 36 ; 1882.
[3] *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynœkalogie*, Band VIII, Heft 2 ; 1883.
[4] *British med. Journal*, Aug. 1884.
[5] *La Semaine médicale*, janvier 1885.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 41.5.86. *Le Gérant :* G. MASSON.

pourront irriter le péritoine et en provoquer l'inflammation septique. Rien de pareil n'est à craindre avec la laparotomie sous-péritonéale. Certes, ses applications, en pareil cas, sont restreintes. La majorité des hématocèles doit être abandonnée à la résorption naturelle et l'on ne sera autorisé à intervenir que lorsque le volume de la collection fera craindre l'impossibilité de ce travail spontané, ou encore quand la suppuration sera imminente. Je ne discute pas actuellement les indications générales de l'incision de l'hématocèle, je recherche seulement le procédé le meilleur. Or la laparotomie sous-péritonéale réunit les avantages suivants : on opère à ciel ouvert et commodément ; on aborde la poche sans traverser la grande cavité péritonéale ; on peut y faire une ouverture large et facilement maintenue béante, par laquelle l'évacuation immédiate de la plus grande partie du contenu est aisément obtenue ; enfin le drainage peut être assuré mieux que par aucune autre voie, ainsi que les injections détersives, si utiles dans une grande cavité morbide.

L'observation suivante vient à l'appui de ces propositions :

Énorme hématocèle rétro-utérine. — Laparotomie sous-péritonéale. — Drainage iliaque et iléo-vaginal. — Guérison complète.

Ketchmeier (Joséphine), âgée de 38 ans, couturière, entre le 27 juin 1885 à l'hôpital Pascal, salle A, n° 18.

Antécédents. — Père mort de tuberculose pulmonaire à 36 ans. Mère morte à 26 ans, également d'affection pulmonaire.

Réglée à 13 ans. Menstruation toujours régulière. 5 enfants : le premier, à l'âge de 17 ans ; le dernier, à 27 ans. Les couches n'ont jamais eu de mauvaises suites. Les cinq enfants sont tous morts en bas âge. A 23 ans, fièvre typhoïde.

A 32 ans, en sautant à la corde, la malade ressent tout à coup une douleur violente dans le bas-ventre, douleur suivie d'accidents inflammatoires qui tiennent la malade au lit pendant deux mois.

En janvier dernier, elle aurait eu des coliques hépatiques pendant huit jours.

Au commencement de mai suivant, les règles viennent à leur époque normale. Mais, au lieu de s'arrêter au bout de quelques jours, l'écoulement sanguin persiste sans cause appréciable. Le 5 juin, cet écoulement durant encore, la malade glisse d'un tabouret sur lequel elle était montée et retombe violemment sur ses pieds : le choc retentit dans le bas-ventre.

Une heure après cette chute, une vive douleur se fait sentir dans le petit bassin et devient persistante. De temps en temps cette douleur est plus forte, et chaque exacerbation est suivie de l'expulsion de gros caillots sanguins.

Huit jours après cet accident, la malade ressent de la fièvre. Le

20 juin, elle entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Gérin-Roze, où M. Pozzi la voit quelques jours après.

Le 26 juin, elle est transférée à l'hôpital Pascal, lit n° 18.

État actuel. 28 *juin.* — La malade est dans un état d'épuisement marqué et paraît très affaiblie. Elle est pâle, anémiée; ses muqueuses sont décolorées. Les conjonctives oculaires présentent une légère teinte subictérique.

Le pouls est petit et fréquent.

La température, qui était hier soir de 38°,3 dans l'aisselle, est ce matin de 37°,6.

Langue blanche. Bouche amère. Constipation depuis une quinzaine de jours. Respiration normale. Souffle anémique à la base du cœur. Rien dans les vaisseaux du cou.

Le ventre, volumineux, est surchargé de tissu adipeux, présente des vergetures et offre, dans la région sous-ombilicale, des traces nombreuses de vésicatoires. Il est tendu, assez sensible à la pression.

La *palpation* fait reconnaître une tumeur occupant toute la région hypogastrique et arrivant jusqu'à l'ombilic, qu'elle ne dépasse point sur la ligne médiane. Mais, à gauche, la tumeur s'élève de deux travers de doigts au-dessus de ce niveau et paraît s'enfoncer profondément dans le flanc; elle n'occupe que le tiers interne de la fosse iliaque de ce côté. A droite, la tumeur déborde dans la région sous-ombilicale, mais offre un développement beaucoup moindre que celui du côté gauche.

En recherchant la fluctuation, on éprouve plutôt une sensation d'élasticité et de rénitence, comme serait celle d'une poche modérément tendue.

Au toucher vaginal, on arrive difficilement sur le col, situé très haut, immédiatement en arrière du pubis, contre lequel il est comprimé par l'existence d'une tumeur considérable occupant les culs-de-sac latéraux et postérieurs et surtout développée à gauche. La combinaison du palper et du toucher permet de reconnaître que cette tumeur se continue directement avec celle de l'abdomen, qu'elle est fluctuante et qu'on renvoie le flot de l'une à l'autre. On dignostique une hématocèle rétro-utérine intra-péritonéale enkystée. Purgation avec huile de ricin, 30 grammes. Selles abondantes. T. soir, 38°.

30 *juin.* Ce matin, efforts de vomissements. Accès d'étouffement. Oppression.

T. matin, 37°,3; soir, 38°,4.

1er au 5 *juillet.* Même état; il y a toujours un peu de fièvre le soir.

T. 38°,4 à 38°,6.

M. Pozzi, vu le volume considérable de la tumeur, qui rend improbable une résorption spontanée, et vu la menace de suppuration indiquée par le mouvement fébrile vespéral, se décide à pratiquer l'évacuation chirurgicale du foyer.

5 *juillet.* La malade prend un grand bain.

Opération le 6 juillet. — Incision dans la région iliaque gauche, com-

mençant à 1 centimètre au-dessus du ligament de Fallope, à 3 centimètres en dehors de l'épine du pubis; cette incision a environ 10 centimètres et s'éloigne, en dehors, de l'arcade de 3 centimètres. Dissection couche par couche jusqu'au péritoine, qui est décollé avec le doigt par l'opérateur et maintenu par les doigts d'un aide. On soulève ainsi l'S iliaque et on passe au-dessus des vaisseaux iliaques externes. En dedans de ceux-ci on arrive sur la poche de l'hématocèle. Elle est d'abord ponctionnée avec un petit trocart. Il sort du liquide sanguin sirupeux, couleur de chocolat. La poche est alors largement ouverte avec le bistouri et le doigt. Issue de caillots sanguins qu'on enlève avec une cuiller à potage; les caillots sont aussitôt pesés; leur poids atteint 500 grammes. Une quantité égale au moins de contenu liquide a été perdue dans les linges et les lavages.

L'exploration très prudente de la poche avec le doigt permet de sentir les battements de l'iliaque interne dans la profondeur. De plus, un autre doigt étant introduit dans le vagin, les deux extrémités digitales arrivent au contact l'un de l'autre au niveau du cul-de-sac recto-utérin, séparées seulement par l'épaisseur des parois vaginales. Toutes ces explorations sont faites avec beaucoup de ménagements pour ne pas déchirer les adhérences.

Avec un très gros trocart courbe de Chassaignac, M. Pozzi fait alors passer un drain de la cavité hématique dans le vagin, par le cul-de-sac postérieur. Deux autres drains sont placés dans l'angle supérieur de la plaie abdominale, en *flûte de Pan.*

Avec deux fils de soie, la peau est suturée à la paroi de la poche pour éviter le contact des drains avec l'artère iliaque externe, qui est en dehors du foyer.

Lavage de la poche avec eau phéniquée au 1/40. (On fait ainsi passer une dizaine de litres d'eau tiède sous faible pression.)

Pansement de Lister. Bandage de corps.

T. soir, 39°,8. Le pansement est changé. Lavage avec l'eau oxygénée.

7 *juillet.* T. matin, 38°,4; soir, 39°,6. Langue sèche. Deux pansements avec eau oxygénée.

8 *juillet.* T. matin, 38°,6; soir, 39°,4. Même pansement.

9 *juillet.* T. matin, 38°,5; soir, 39°,8. Le liquide de l'injection sort à peine teinté en rouge. Trois selles diarrhéiques.

10 *juillet.* T. matin, 38°,5; soir, 39°.

11 *juillet.* T. matin, 38°. Langue humide. Cessation de la diarrhée. Légère odeur fétide du pansement. T. soir, 39°.

12 *juillet.* T. matin, 38°,4; soir, 39°,5.

13 *juillet.* T. matin, 38°,8. L'injection faite par les tubes à drainage ressort très colorée en rouge brun et entraîne avec elle au dehors quelques parcelles de lambeaux sphacélés. Langue sèche.

Trois lavages dans la journée et ainsi des jours suivants. On emploie alternativement de l'eau phéniquée et de l'eau oxygénée.

Soir, température notablement abaissée, 38°,4.

14 *juillet.* T. matin, 39°,2. Le lavage donne encore issue à des lambeaux sphacélés. T. soir, 38°.

15 *juillet.* T. matin, 37° ; soir, 38°,2. A partir d'aujourd'hui, la température oscille désormais entre 37° le matin et 38° le soir.

17 *juillet.* La tumeur diminue d'une façon sensible.

19 *juillet.* La sécrétion de la poche n'est plus teintée par le sang.

21 *juillet.* Suppression du drain vaginal.

29 *juillet.* Pansement de la plaie, qui est blafarde, au styrax et au vin aromatique.

1er *août.* La plaie extérieure est devenue rosée et manifeste une tendance à bourgeonner.

2 *août.* Apparition des règles, qui se bornent à la perte de quelques gouttes de sang pendant vingt-quatre heures.

3 *août.* La fosse iliaque droite présente aujourd'hui une tuméfaction notable, siégeant profondément et remontant presque jusqu'à l'ombilic. Fièvre, 39°. Vomissements. Abattement de la malade.

7 *août.* Les symptômes fébriles n'ont pas persisté. Une forte pression exercée sur la tumeur de la fosse iliaque droite fait sourdre une assez grande quantité de pus par les tubes à drainage et diminue le volume de la tumeur.

11 *août.* La tumeur précédente ne s'est pas reproduite. La fièvre est tombée définitivement. Mais la suppuration de la poche continue toujours. La malade est faible et s'alimente peu. Les urines contiennent un peu d'albumine. Trois et même quatre pansements par jour.

15 *août.* Suppression d'un second drain.

21 *août.* Le drain qui reste est diminué de longueur. Grand bain.

28 *août.* La suppuration diminue peu à peu.

29 *août.* Le drain est remplacé par un autre du plus petit calibre.

La plaie extérieure est cicatrisée dans presque toute son étendue.

La malade se lève pour la première fois.

6 *septembre.* La suppuration paraît être un peu plus abondante et reste ainsi pendant environ huit jours pour diminuer ensuite.

Un grand bain par semaine.

22 *septembre.* Il reste toujours un trajet fistuleux assez profond qui entretient la suppuration. L'albuminurie persiste.

Injection de teinture d'iode dans ce trajet.

1er *octobre.* Même état. Appétit médiocre.

19 *octobre.* Amélioration considérable et rapide de l'état général de la malade, qui se sent un fort appétit. La suppuration est à peine marquée. Les urines ne contiennent plus d'albumine. Suppression définitive du tube à drainage.

Compression de la fosse iliaque gauche à l'aide d'un spica.

21 *octobre.* La malade ne peut endurer la compression et on la supprime. La suppuration est complètement tarie. L'état général est excellent. La guérison est complète. Bains sulfureux tous les deux jours.

2 *novembre.* La malade se disposant à quitter l'hôpital, on procède à un examen approfondi par la palpation et le toucher vaginal.

Le ventre est parfaitement souple, facilement dépressible, et la pal-

pation ne fait sentir aucune tumeur profonde. La cicatrice est très déprimée dans son tiers inférieur, où existe une sorte d'ombilic, vestige du long séjour du drain.

Toucher vaginal. — Col utérin fortement porté en arrière. L'utérus paraît, par suite, porté en avant. Il est très peu mobile. Les culs-de-sac latéraux et postérieurs offrent de la résistance au toucher, comme par suite de la présence de brides. Aucune tumeur proprement dite, mais des traces manifestes d'abondant tissu cicatriciel péri-utérin.

Cette exploration devait être suivie d'une rechute qui retarda de deux mois entiers la guérison.

3 *novembre.* Douleurs et élancements dans la fosse iliaque droite, tuméfaction et empâtement à ce niveau. T. matin, 38°; soir, 39°.

L'état continue à être le même les jours suivants.

6 *novembre.* La cicatrice de la fosse iliaque gauche s'est ouverte et a donné issue à une quantité considérable de pus. La pression de la fosse iliaque droite et le toucher vaginal combinés facilitent la sortie d'un pus abondant, épais. Cette manœuvre est douloureuse.

Lavage antiseptique. Rétablissement du drainage. T. matin, 37°; soir, 38°.

Écoulement abondant par le drain. Diminution de l'appétit. L'état général est moins bon. Urines normales.

9 *novembre.* La tuméfaction de la fosse iliaque droite persiste, très douloureuse à la pression.

Anesthésie par le chloroforme. Incision oblique de 8 centimètres sur les parties latérales et inférieures de la fosse iliaque droite. Dissection couche par couche jusqu'à ce qu'on soit arrivé sous le transverse; il sort alors une grande quantité de pus venant d'une poche qui ne communique pas avec celle de la fosse iliaque gauche.

Les jours suivants, la température ne dépasse pas 37°. Les douleurs ont disparu.

12 *novembre.* Une ouverture fistuleuse se produit au fond de la plaie pratiquée le 9 novembre dans la fosse iliaque droite; il sort une certaine quantité de pus. Par cette ouverture on peut introduire une sonde cannelée et la faire pénétrer assez profondément. Pansements antiseptiques, lavages, drain.

L'état général s'améliore tous les jours; l'appétit revient peu à peu, et, en l'espace d'un mois, la malade a repris toutes les apparences d'une bonne santé.

La malade, entièrement guérie, est présentée à la Société de chirurgie en janvier 1886 (voir les *Bulletins*).

Elle a depuis repris ses occupations et se porte parfaitement bien; elle a recouvré un embonpoint notable et ne ressent aucune douleur; la menstruation est normale. Elle est revenue me voir en parfait état il y a quinze jours.

Discussion.

M. TRÉLAT. Dans l'intéressante communication de M. Pozzi, je me contenterai d'envisager deux seulement des cinq faits qu'il nous a rapportés.

Tout d'abord, je tiens à établir que toutes les hématocèles péri-utérines ne doivent pas être ouvertes. Deux fois seulement j'ai jugé utile d'intervenir par une opération. La première fois, c'était chez une malade de la ville qui portait une hématocèle volumineuse ; la seconde, chez une malade du service de mon collègue, M. le Dr Grancher. Dans les deux cas, j'ai fait l'ouverture par le vagin et la guérison a eu lieu. Mais tandis qu'elle a été très facile chez ma malade de la ville, à cause de l'antisepsie plus parfaite que j'ai pu obtenir, il m'a fallu, chez la malade de l'hôpital qui était restée dans les salles de médecine, intervenir quelques jours après pour réintroduire le tube à drainage et faire moi-même les lavages. La température, qui s'était élevée, est alors redevenue bonne.

Il me semble que l'ouverture par le vagin dans ces cas, l'orifice étant naturellement déclive, est suffisante. L'utilité de la recherche de la poche et de son ouverture par la fosse iliaque ne me paraît pas démontrée.

Mais j'ai pratiqué l'opération que vient de conseiller M. Pozzi, l'année dernière, sur une jeune femme d'une trentaine d'années, qui portait une tumeur sur la nature de laquelle plusieurs médecins avaient émis des diagnostics très différents, entre autres celui de corps fibreux. Je reconnus une pelvi-péritonite avec un foyer probable de suppuration. L'abcès haut placé, déterminait des douleurs et des accidents sérieux, et je crus devoir intervenir pour tâcher d'arriver jusqu'à lui.

Je pratiquai mon incision en dehors du bord du muscle droit, mais en dedans de l'artère épigastrique, et je décollai le péritoine. Je pus arriver jusqu'au foyer ; une ponction donna du pus. Alors avec un trocart à drainage, je fis une contre-ponction sortant par le vagin. La guérison se fit rapidement et sans accidents.

Je le répète, pour les hématocèles on peut révoquer en doute l'utilité de l'intervention par la fosse iliaque, mais pour les pelvi-péritonites suppurées, quand il y a des phénomènes qui menacent la vie des malades, il y a lieu d'intervenir par cette voie, et l'on obtient ainsi une abréviation prodigieuse de la durée de la maladie ; ma malade a été guérie en trois semaines.

L'expérience personnelle me fait complètement défaut pour ce qui est de la recherche des tumeurs inconnues telle que l'a tentée

M. Pozzi, mais dans ces cas, on peut dire : *La science permet et l'art décide.*

M. Bouilly. Il est, d'une manière générale, difficile de localiser les collections pelviennes profondes. Il y en a d'intra-péritonéales et d'extra-péritonéales. J'ai traité une femme de 28 à 29 ans qui avait un abcès de la fosse iliaque ouvert par un trajet fistuleux dans le rectum, depuis cinq ans. Elle éprouvait de temps en temps des débâcles, avec ténesme. Dans l'intervalle, son état s'améliorait. Lorsque je la vis pour la première fois, je ne trouvai qu'une légère induration dans la fosse iliaque. Un peu plus tard, la poche s'étant remplie, elle devint bien plus appréciable et je conseillai l'ouverture du foyer pelvien qu'un médecin avait déconseillée, pensant qu'elle donnerait lieu à l'écoulement de matières fécales et à une fistule.

L'incision de la paroi abdominale faite, je cherchai à décoller le péritoine ; mais les tissus étaient indurés, lardacés, et il était impossible de rien reconnaître nettement. Cependant, je tombai sur un trajet à surface bien organisée qui donna environ une cuillerée à bouche de pus. Je fis avec une curette tranchante le grattage des parois, mais sans toucher à l'ouverture rectale. Un drain debout fut laissé à demeure et l'incision de la paroi abdominale fut suturée. A l'aide des lavages antiseptiques, la guérison fut obtenue en vingt ou vingt-cinq jours. La fistule rectale se ferma d'elle-même et n'a rien donné depuis.

Le ganglion lymphatique que M. Pozzi a signalé très près du cul-de-sac du vagin dans une de ses observations, a été décrit par M. Sappey qui rejette ceux qu'a décrits M. Lucas-Championnière. D'après lui, les autres lymphatiques aboutissent aux ganglions lombaires.

M. Lucas-Championnière. M. Pozzi me paraît avoir heureusement agi dans les observations qu'il nous a rapportées, mais l'opération qu'il a faite n'est pas nouvelle. Dans un cas analogue, il y a trois ans, je suis intervenu de la même façon. Il s'agissait d'une jeune femme, récemment accouchée et presque agonisante. Elle avait des vomissements et un hoquet incessants, avec des douleurs vives. Je ne trouvais qu'un peu d'empâtement dans le cul-de-sac latéral droit. Cependant, je résolus d'inciser par la fosse iliaque, comme l'a fait M. Pozzi. L'opération a été laborieuse. Je ne trouvai qu'un ganglion gros comme un œuf de pigeon, qui renfermait un peu de pus. Un drain fut placé et des lavages pratiqués. Or, à partir de l'opération, cette femme qui était presque mourante n'a plus eu de vomissements; elle s'est remise progressivement et a fini par guérir.

Mais pour l'hématocèle, je considère l'ouverture par la fosse iliaque comme une mauvaise voie. Le siège exact de la collection sanguine qui constitue l'hématocèle est mal connu ; quelquefois elle existe en dehors du péritoine.

Une ouverture très large est habituellement nécessaire, aussi l'incision sur le milieu de la paroi me paraît toujours préférable.

M. Pozzi. Si l'opération que je viens de décrire a déjà été pratiquée par d'autres chirurgiens et par plusieurs de mes collègues, je dois dire qu'elle n'est conseillée et décrite nulle part. Le seul document imprimé que j'aie trouvé sur ce sujet, se réduit à une simple indication de Hégar, qui a, dans un congrès de chirurgiens allemands, signalé l'ouverture des collections par cette voie. Il y a fait de nouvelles allusions dans son *Traité de gynécologie*, publié en collaboration avec Kaltenbach.

Que les collections soient intra ou extra-péritonéales, le fait n'a pas, au point de vue chirurgical, une grande importance; car, comme elles sont rapidement encapsulées, elles forment dans l'un et l'autre cas un foyer distinct de la grande cavité séreuse.

Ce que nous a dit M. Trélat, de la difficulté qu'on éprouve à maintenir les drains placés dans l'ouverture vaginale et à faire les lavages antiseptiques, est un argument en faveur de l'intervention par la fosse iliaque. Avec l'incision latérale, les soins consécutifs deviennent très faciles et l'asepsie est assurée.

M. Trélat. Les statistiques dans lesquelles on voit figurer de fréquents accidents, après l'incision des collections par le vagin, sont antérieures à l'époque où l'on a commencé à faire de l'antisepsie. Nélaton était, en effet, arrivé à ne plus ouvrir ces collections. Mais, aujourd'hui, on peut obtenir l'asepsie complète, même lorsqu'on fait seulement l'incision vaginale.

Il ne faut donc pas comparer les faits actuels aux faits publiés autrefois.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 21 avril 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Du raccourcissement méthodique des os des membres. Anévrysme du tronc brachio-céphalique*, par le Dr Martel (de Saint-Malo), membre correspondant de la Société;

3° M. le Dr Assaky, ancien interne des hôpitaux, envoie à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *De la suture des nerfs à distance*.

A propos de la correspondance.

M. Lucas-Championnière présente, de la part de M. Auguste Reverdin (de Genève), plusieurs pinces destinées à faciliter certains temps de l'ovariotomie. L'une de ces pinces saisit et ponctionne simultanément la paroi du kyste; elle est à larges mors s'engrénant l'un dans l'autre, et l'une des branches, pointue comme un demi-tube de trocart, porte une gouttière qui permet au liquide de s'écouler sans tomber dans le péritoine.

A propos du procès-verbal.

M. Larger lit un travail relatif à la communication faite par M. Kirmisson dans la dernière séance.

Diagnostic de la méningocèle. — Pathogénie des kystes dermoïdes,

Par M. Larger.

Qu'il me soit permis de présenter quelques courtes observations au sujet de la communication faite par M. Kirmisson dans la der-

nière séance. Mes remarques porteront sur deux points : d'abord le *diagnostic* de la tumeur observée par M. Kirmisson, ensuite la *pathogénie des kystes congénitaux* dont il a été question dans la discussion.

Pour ce qui touche le diagnostic, rien, dans les symptômes relatés par M. Kirmisson, n'autorise, je crois, à conclure à l'existence d'une méningocèle, dont les signes consisteraient, pour notre collègue, dans la nature du liquide écoulé d'une part, et dans le point d'attache du pédicule de la tumeur d'autre part.

Il y a une dizaine d'années déjà que j'ai combattu cette opinion, alors et aujourd'hui encore classique, que l'écoulement d'un liquide clair comme de l'eau de roche fût un signe pathognomonique de l'existence des méninges dans une tumeur congénitale. Tous les kystes congénitaux, les plus éloignés même de l'axe cérébro-spinal, présentent ce caractère de contenir un liquide dont la composition chimique est identique à celle du liquide céphalo-rachidien; c'est ainsi que M. Méhu qui a fait un beau travail sur ce sujet (*Arch. gén. de méd.*, mai 1875) et que je consultai à cet égard, m'a affirmé que, spermatozoïdes mis à part, il n'existait pas la moindre différence de composition chimique entre le liquide céphalo-rachidien et celui de l'hydrocèle enkystée de l'épididyme par exemple.

D'un autre côté j'ai pu recueillir quelques analyses du liquide de tumeurs exencéphaliques (c'est-à-dire d'encéphalocèles congénitales tératologiques) où ce liquide était fortement *albumineux*.

Il n'y a donc rien à conclure au point de vue du diagnostic différentiel, de la nature albumineuse (liquide séreux de Méhu) ou non albuminouse (liquide séroïde de Méhu), du liquide contenu dans une tumeur congénitale; et l'on peut dire que l'opinion des classiques est erronée à cet égard.

Le deuxième signe, non moins classique, admis par M. Kirmisson et qui est le point d'attache profond du kyste, ne saurait pas davantage être accepté, attendu que tous les kystes congénitaux de quelque nature qu'ils soient d'ailleurs, peuvent présenter ce point d'attache profond. Parfois même le pédicule se prolonge à travers un trou du crâne ou du rachis, jusqu'aux méninges elles-mêmes, avec lesquelles il peut se souder par continuité, sans que le kyste soit le moins du monde une méningocèle. Et cela est tellement vrai, l'histoire des kystes congénitaux se confond à ce point avec celle de la méningocèle, que l'existence de la méningocèle elle-même a pu être mise en doute, notamment par Houël. Pour moi, sans nier absolument cette existence, je la crois du moins, extraordinairement rare, puisque sur tous les faits publiés tant en France qu'à l'étranger jusqu'en 1876, je n'ai pu relever qu'un seul cas de méningocèle à peu près certain. Heureusement qu'au point de vue

clinique, cette quasi-impossibilité du diagnostic différentiel entre les méningocèles et les kystes, la continuité ou la non-continuité de ces tumeurs avec l'intérieur de la cavité cérébro-rachidienne, a perdu singulièrement de son importance depuis l'invention des pansements antiseptiques, et il n'y a plus lieu de redouter avec la même appréhension qu'autrefois l'ouverture de cette cavité.

Pour toutes ces raisons, je me range à l'avis de ceux de nos collègues qui pensent que M. Kirmisson a eu affaire à un kyste congénital dont il est peut-être difficile de préciser la nature, mais qui peut avoir été un kyste dermoïde. Mais je suis obligé de me séparer d'eux quant à la pathogénie de ces kystes dermoïdes en général, s'observant principalement dans les angles des fissures primitives, tels que le coccyx ou les angles interne et externe de l'œil. On a invoqué à ce propos — M. le professeur Trélat notamment — la théorie dite *de l'inclusion*, théorie proposée jadis par M. Verneuil et devenue classique depuis lors.

Cette théorie, très séduisante sans doute au premier abord, ne supporte pas un examen plus approfondi, car elle ne me semble pas s'harmoniser complètement avec tous les faits observés, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer dans d'autres circonstances. Voici maintenant, en résumé, les principales objections dont elle me paraît susceptible :

D'autres que moi ont signalé son insuffisance pour expliquer les tumeurs dermoïdes situées ailleurs que sur les fissures primitives, telles que celles du testicule, de l'ovaire, etc.; elle n'explique pas davantage l'origine des tumeurs congénitales variées, comme les angiomes, lipomes, sarcomes, etc., qui occupent le siège des kystes dermoïdes et se confondent parfois avec eux pour former des tumeurs congénitales complexes, particulièrement à l'extrémité inférieure du rachis.

Mais il y a mieux encore. Dans cette théorie de l'inclusion, ce qu'on a appelé les fistules branchiales ont évidemment la même origine que les kystes dermoïdes, — plusieurs de nos collègues l'ont d'ailleurs fait observer, — et ceux-ci ne marqueraient qu'un degré de l'évolution de celles-là.

J'accepte, pour mon compte, la théorie de l'inclusion pour les fistules, mais je me refuse absolument à voir en elles le premier degré des tumeurs dermoïdes, lesquelles ne seraient que des fistules branchiales oblitérées. Il faudrait admettre pour cela que chez l'embryon les choses se passent autrement que chez l'enfant et chez l'adulte, où les fistules branchiales ne s'oblitèrent jamais sans excision complète de leur trajet. Et comment se fait-il encore qu'on n'ait jamais trouvé la moindre trace des anciennes connexions de la peau avec la tumeur dermoïde, et que cette dernière soit au

contraire toujours fortement adhérente à l'os? C'est une loi tératologique bien connue, que, dans toute malformation, on observe des cas qui se rapportent aux différents temps de l'évolution de cette malformation; c'est ainsi que pour le bec-de-lièvre, par exemple, on a toutes les variétés depuis la simple encoche labiale, jusqu'à la gueule de loup avec coloboma. Ici, rien de pareil ne s'observe. Heusinger (*Arch. f. path. Anat.* V. 29; p. 358) a bien cité des exemples de chacune des variétés de l'évolution des fistules branchiales (fistules complètes, fistules borgnes externes, fistules borgnes internes), mais je défie qu'on me montre un seul fait où un kyste dermoïde soit en rapport avec un degré quelconque de l'évolution des fistules branchiales. Tant que cette indispensable preuve ne me sera pas fournie, je persisterai à repousser de la manière la plus absolue la théorie de l'inclusion comme mode de production des kystes dermoïdes.

Le mode éloigné de production des tumeurs en général est d'ailleurs une question aujourd'hui encore plus métaphysique que scientifique, et j'incline à croire qu'en pareille matière le mieux est encore de se contenter d'une explication rapprochée.

J'ai proposé déjà d'expliquer la fréquence des tumeurs congénitales variées qui s'observent le long des fissures primitives, par le travail néo-formatif considérable qui s'y opère à un moment donné, principalement aux angles des fissures. J'estime que cette théorie, qui rappelle tout à la fois celle du *processus formatif de Virchow* et celle de l'*hétérotopie plastique de Lebert*, a le double avantage de s'appliquer à tous les cas indistinctement, et d'être en harmonie parfaite avec tous les faits observés.

Discussion.

M. Trélat. Qu'on me permette d'abord une observation générale. J'ai toujours protesté contre les théories absolues. En invoquant, dans la dernière séance, la théorie de l'inclusion à propos du fait de M. Kirmisson, je n'ai pas, comme vient de le dire M. Larger, défendu une théorie unique. J'ai cité, en particulier, le cas d'un kyste de la fesse que j'avais observé et j'ai dit que pour les tumeurs de cette région il y avait d'autres variétés, notamment celles de la glande de Luschka, ou encore les méningocèles.

Au fond, il n'y a pas une très grande différence entre ce que j'ai dit et ce qu'admet M. Larger. On observe les tumeurs dermoïdes au niveau des fentes branchiales, au cou, au niveau des maxillaires. C'est à l'extrémité des divisions de la peau en train de se réunir pour former des coalescences parfaites qu'il se forme un sinus dans la profondeur duquel se développe la tumeur.

M. Larger fait remarquer que pour que la théorie de l'inclusion fût établie, il faudrait qu'on citât des faits de coexistence d'une fistule borgne externe au point même où existe la tumeur. Or, l'année dernière, j'ai vu une jeune femme qui portait dans la région thyroïdienne une tumeur d'un diagnostic difficile. Cette tumeur fut enlevée et j'y trouvai comme contenu de nombreux poils follets, avec une matière stéatomateuse d'un blanc de neige que je comparai pour l'aspect à un sorbet au kirsch. Elle était formée de deux loges et avait une attache profonde plongeant vers la région pharyngienne. En outre, et, c'est ce point que je veux bien préciser, elle était adhérente à la peau, et au niveau de l'adhérence il y avait non pas une fistule, mais une dépression de la peau, une sorte de capiton cutané, comparable à la fistule borgne externe dont l'existence n'a jamais été signalée, d'après M. Larger.

M. Kirmisson. Il ne m'est pas possible d'apporter de nouveaux arguments pour justifier le diagnostic que j'ai émis sur la tumeur enlevée par moi, puisqu'il n'y a pas eu de phénomènes médullaires après l'opération, et que je me suis naturellement abstenu d'introduire un stylet dans le canal, au moment où j'enlevais le kyste.

Mais il n'est pas possible, non plus, de nier, comme le fait M. Larger, l'existence des méningocèles, puisque, dans ces dernières années, il a été traité et guéri, par la ligature élastique, un certain nombre de kystes réductibles de la région vertébrale qui bien évidemment étaient des spina-bifida et qui ne renfermaient pas d'éléments médullaires puisque les malades ont guéri.

M. Tillaux. Parmi les faits qu'a cités M. Larger, il y a un certain nombre de kystes formant des espèces distinctes qu'il ne faut pas confondre. On réserve le nom de kystes dermoïdes à ceux dont l'enveloppe est constituée par les éléments de la peau, l'épiderme étant à la face interne de la poche. Or, ces kystes ne peuvent pas, à mon avis, être confondus avec les kystes par inclusion fœtale, dont le mode de développement est tout différent. Mais pour les kystes dermoïdes, comment expliquer, autrement que par un pincement de la peau, leur formation, dans certaines régions surtout, comme la queue du sourcil ?

Enfin il y a des kystes branchiaux; mais ceux-ci sont caractérisés par une poche présentant l'apparence d'une muqueuse et tapissée par un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Ces kystes ne se constituent pas non plus comme le dit M. Larger. Le trajet peut s'oblitérer aux deux extrémités, sans qu'il persiste une fistule. Entre ces deux parties oblitérées se trouve alors constituée la poche kystique avec son épithélium à cils vibratiles, bien différente de la poche du kyste dermoïde.

M. KIRMISSON. L'argumentation de M. Tillaux me paraît pleine de justesse. J'ajouterai que le contenu des kystes branchiaux à épithélium vibratile est un liquide clair très différent du contenu des kystes dermoïdes. J'ai pu le constater, hier encore, sur un kyste développé au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne.

M. LARGER. Je ne pense pas qu'il soit aussi absurde que M. Trélat veut bien le dire d'admettre un seul mode de production pour toutes les tumeurs dermoïdes. On ne comprendrait pas, en effet, pourquoi l'inclusion de la peau serait ici indispensable à la formation de ces tumeurs, là, complètement inutile. Quant au kyste dont il parle, il était sans doute adhérent à la peau ainsi que toutes les tumeurs peuvent l'être, mais on ne saurait y voir les vestiges de la fistule aux dépens de laquelle le kyste se serait formé. Ce fait n'a donc aucune signification.

Je répondrai à M. Kirmisson que la méningocèle dans le spina-bifida est aussi rare que dans l'exencéphale, et cela s'explique par ce fait que ces tumeurs sont identiques. Les spina-bifida de la nuque et de la portion supérieure du dos ne sont probablement autre chose que des kystes congénitaux développés avant la fermeture des arcs vertébraux.

Pour affirmer que ce sont des méningocèles, il faudrait démontrer l'identité de structure histologique de leur paroi avec les méninges.

Enfin l'observation de M. Tillaux vient à l'appui de ce que j'avance. Je n'ai jamais prétendu que toutes les tumeurs congénitales des fissures primitives fussent des tumeurs dermoïdes : c'est, au contraire, sur l'extrême variété, sur l'extrême complexité que présentent parfois ces tumeurs notamment au coccyx, que je me base, pour rejeter la théorie de l'inclusion.

M. KIRMISSON. M. Larger me paraît être le premier chirurgien qui ait admis que les kystes de la région vertébrale puissent perforer les os pour communiquer avec le canal rachidien. L'anatomie pathologique du spina-bifida établit cependant d'une manière nette que la communication de la cavité de la tumeur avec le canal rachidien est le résultat du défaut de développement de la partie postérieure des vertèbres.

M. LARGER. Un kyste peut exister avant la réunion des arcs vertébraux. L'existence du kyste empêche alors cette réunion de s'effectuer. Je le répète, dans les faits publiés on n'a pas donné la preuve que les enveloppes du kyste fussent constituées par des méninges.

Rapport

Sur une observation de *rétrécissement syphilitique de l'urèthre*, par M. DE SANTI.

Rapport par M. HUMBERT.

Un de nos confrères de l'armée, M. le Dr DE SANTI, vous a adressé une observation de *rétrécissement syphilitique de l'urèthre*.

Le 27 juillet dernier, un soldat au 3e régiment de tirailleurs algériens, âgé de 35 ans, entrait à l'hôpital militaire de Hong-Hoa (Tonkin). Il se présentait dans l'état suivant : les bourses et le périnée sont le siège d'un œdème considérable; à la palpation, on constate sur toute l'étendue de la région périnéale, l'existence d'une tumeur dure, allongée, en forme de crosse de pistolet, arrondie en arrière, où elle semble coiffer le bulbe de l'urèthre, effilée à son extrémité antérieure qui se termine à la racine de la verge. L'exploration de cette tumeur n'éveille aucune sensibilité; il n'y a pas non plus de douleurs spontanées.

Rétention d'urine presque complète; le malade ne peut uriner que goutte à goutte, et dans la position accroupie. Le cathétérisme, pratiqué avec une bougie n° 6 (la plus fine que M. de Santi eût à sa disposition), révèle l'existence d'un obstacle siégeant à 14 centimètres du méat. La bougie ne peut franchir ce rétrécissement, mais elle s'y engage, et on sent, en cherchant à la retirer, qu'elle éprouve un certain degré de constriction.

La prostate est saine; l'état général est excellent. T. 37°. Le malade, bien constitué, habituellement bien portant, ne compte dans ses antécédents qu'une uréthrite, en 1870.

Le début des accidents remonte à 20 jours seulement; il a été marqué par de la dysurie, bientôt suivie de gonflement des bourses.

Malgré l'indolence absolue de la tumeur et l'absence de réaction, M. de Santi porte le diagnostic de *phlegmon périuréthral consécutif à un rétrécissement de l'urèthre, peut-être avec une légère infiltration d'urine*.

Il prescrivit des onctions mercurielles et des cataplasmes. Le 30 juillet, il perçut de la fluctuation au niveau du bulbe; une incision fut pratiquée; mais elle ne donna issue qu'à une petite quantité de liquide incolore, mêlé d'un peu de sang, et qui ne pouvait être pris pour de l'urine, car il était épais et visqueux. Le doigt, introduit dans la plaie, permettait de constater nettement l'infiltration plastique de tous les tissus entourant le bulbe.

Le lendemain, la nature de l'écoulement n'avait pas changé. L'induration n'avait pas diminué ; elle paraissait même un peu plus étendue.

C'est alors que M. de Santi songea qu'il pouvait se trouver en présence d'une gomme syphilitique péri-uréthrale, ramollie à sa partie postérieure et ayant déterminé le rétrécissement uréthral de la même manière que les syphilomes ano-rectaux produisent le rétrécissement du rectum.

Dans cette pensée, il donna l'iodure de potassium, élevant progressivement la dose de 1 gramme à 3gr, 50.

Dans l'espace de trois semaines, l'induration diminua peu à peu; il en fut de même de l'œdème des bourses. Le 21 août, la bougie n° 6, bien qu'un peu serrée encore, franchissait le rétrécissement. Le 30, on passait une bougie n° 16. Le malade quitta l'hôpital.

Dès que la diminution de l'œdème des bourses avait permis de palper les testicules, on avait reconnu que celui du côté gauche était un peu augmenté de volume, dur, inégal, rugueux, présentant en un mot des caractères analogues à ceux du testicule syphilitique; il y avait également de l'épanchement dans la tunique vaginale. D'ailleurs, pas d'autres signes de syphilis, actuels ou anciens.

M. de Santi pense que *la nature syphilitique, sinon du rétrécissement, du moins du phlegmon qui est venu le compliquer, est incontestable.*

Je ferai quelques réserves sur ce diagnostic, que M. de Santi lui-même ne précise pas absolument puisqu'il parle d'un rétrécissement syphilitique, ou d'une gomme, ou d'un phlegmon. Je laisse de côté le *phlegmon syphilitique* pour examiner les deux hypothèses les plus vraisemblables, rétrécissement ou gomme.

Je ne crois pas qu'on ait jamais observé ni décrit de rétrécissements syphilitiques de l'urèthre, dans le sens propre du mot, c'est-à-dire d'infiltrations syphilomateuses du corps spongieux, évoluant à la façon des syphilomes ano-rectaux et déterminant par le même processus des coarctations uréthrales, analogues aux rétrécissements du rectum.

Je me rallierais plus volontiers à l'idée d'une gomme du tissu cellulaire. On peut certainement en rencontrer au périnée comme ailleurs. Mais encore une gomme eût-elle présenté une marche semblable ? Eût-elle pris en quelques jours un développement si considérable? Aurait-elle eu pour première manifestation cette dysurie, rapidement suivie d'une rétention d'urine presque complète, avec un rétrécissement capable de mettre obstacle au passage d'une fine bougie? Je crois qu'une tumeur gommeuse, dans son évolution lente, déterminerait d'abord un accolement des

parois uréthrales, une compression, plutôt qu'un véritable rétrécissement, dont l'organisation ne se fait pas si brusquement.

Aussi la première idée qu'a eue M. de Santi me semble-t-elle encore préférable. Rien ne s'oppose à ce qu'on admette un rétrécissement de l'urèthre, avec infiltration d'urine, infiltration lente, accompagnée de cette induration particulière qu'on observe dans les cas où l'urine pénètre goutte à goutte dans le tissu cellulaire. Le repos, les applications résolutives et émollientes, et surtout l'incision périnéale, suffiraient à expliquer la disparition progressive de la tumeur et le retour du canal à une perméabilité qui a été complétée ultérieurement par la dilatation.

Votre commission vous propose d'adresser des remerciements à M. de Santi et de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Bouilly. Tout récemment, un fait analogue à celui dont vient de nous entretenir M. Humbert s'est présenté à mon observation et m'a laissé incertain. M. le Dr Bourcy m'a appelé auprès d'un de ses clients atteint d'une tumeur rouge, violacée, de la région périnéale, s'accompagnant de troubles de la miction et présentant les apparences d'un phlegmon urineux. Mais tout d'abord le malade, craignant une intervention chirurgicale et instruit par le développement d'accidents analogues dans d'autres régions, m'informa qu'il avait eu la syphilis et exprima le désir d'essayer un traitement antisyphilitique. Malgré mes doutes, je prescrivis le sirop de Gibert, et au bout de huit jours la résolution était déjà avancée, sans que, d'ailleurs, j'eusse introduit de sonde dans l'urèthre.

M. Humbert. Dans le fait de M. de Santi, il y avait de l'œdème des bourses, une dysurie marquée, et l'ensemble des phénomènes indiquait une infiltration urineuse; aussi le diagnostic de rétrécissement syphilitique me paraît-il peu probable.

Les conclusions du rapport de M. Humbert sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Tumeur vasculaire de l'humérus. — Sarcome fasciculé kystique,
par Louis Thomas (de Tours).

Le nommé Delaunay, âgé de 29 ans, bien constitué et bien portant, sans antécédents syphilitiques ni alcooliques, libéré du service mili-

taire depuis un an et exerçant la profession de laboureur, entre à l'hôpital de Tours, dans le service de clinique chirurgicale, le 12 mars 1886.

Il nous raconte qu'au mois de février 1885, ayant fait une chute dans un fossé, il s'est fracturé le bras droit à la partie moyenne. Il resta à la suite de cet accident soixante-dix jours sans travailler. Il put alors reprendre ses travaux et faucher pendant toute la moisson aussi facilement que par le passé, ce qui suppose une consolidation parfaite de la fracture.

Au mois d'août 1885, étant debout dans sa charrette, il glisse et tombe sur le bras droit. Il éprouva une douleur vive, mais put néanmoins travailler jusqu'au soir. Le lendemain, la douleur avait augmenté; il consulta un médecin, qui déclara qu'il n'existait pas de fracture et prescrivit le repos et des applications résolutives. Quelques jours après, en effet, Delaunay reprenait ses travaux, mais il avait, dit-il, moins de force dans le bras que précédemment.

A quelques semaines de là, dans le courant du mois de septembre, Delaunay est appelé à faire son service militaire de réserviste. Il se plaint de la faiblesse de son bras droit au médecin du régiment, qui le fait réformer pour une atrophie du deltoïde et des muscles du moignon de l'épaule.

Le 15 novembre, Delaunay était monté dans son tombereau, lorsque son cheval s'emporta. Il fit de violents efforts pour le maîtriser en tirant sur les rênes avec ses deux mains. L'animal s'arrêta brusquement et Delaunay fut projeté violemment en avant sur le bord antérieur du tombereau.

Le bras droit porta dans cette chute. La douleur fut très vive, sans forcer cependant Delaunay à interrompre son travail. Mais à dater de ce moment il éprouva toujours un peu de souffrance dans le bras, et la gêne dans les mouvements alla croissant jusqu'au mois de février 1886. A cette époque, le bras augmenta de volume et Delaunay en perdit complètement l'usage, le tenant constamment allongé le long du corps.

C'est dans cette attitude qu'il se présente à notre examen. Le bras a la forme d'un fuseau dont la partie renflée correspond à la partie moyenne du membre, et les extrémités au tendon du grand pectoral en haut, à cinq travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude en bas. Le volume du bras, à la partie moyenne, dépasse au moins d'un tiers celui du bras sain.

Si on cherche à écarter le coude du tronc, on reconnaît qu'il existe une mobilité anormale au niveau de la partie moyenne du bras. L'humérus présente en ce point, siège de l'ancienne fracture, une solution de continuité.

La peau est normale, à l'exception d'une éruption vésiculeuse disséminée, due, dit le malade, à des applications irritantes faites les jours précédents. Les tissus sous-jacents sont empâtés. On constate une fluctuation très manifeste et assez superficielle à la partie externe au-dessus et au-dessous de l'insertion du deltoïde, nette également, mais

plus profonde sur le reste de la circonférence du membre. On reconnaît distinctement la présence des faisceaux musculaires en avant de la collection fluctuante. Celle-ci n'est pas animée de battements et ne se réduit pas sous la pression. A l'auscultation pratiquée sur les différents points, elle ne présente pas de bruit de souffle. Cet examen n'éveille qu'une très légère douleur, non plus que les mouvements communiqués.

Le deltoïde et les muscles sus- et sous-épineux sont le siège d'une atrophie très prononcée. L'avant-bras n'est ni amaigri, ni œdématié. L'état général est très satisfaisant.

Je crus à une ostéite raréfiante ayant déterminé un vaste abcès sous-périostique et une fracture spontanée de l'humérus. Conservant cependant quelques doutes sur l'exactitude de mon diagnostic, je crus devoir faire précéder l'incision du prétendu abcès d'une ponction exploratrice, et bien m'en prit, comme on va le voir. Je plongeai un trocart de moyen calibre à la partie externe du bras, au-dessous de l'insertion deltoïdienne, dans l'un des points où la fluctuation était le plus superficielle. Lorsque je retirai la pointe, il s'écoula par un jet continu un liquide brun foncé. Lorsque le jet perdit de sa force, j'épuisai la cavité avec l'aspirateur Dieulafoy. La canule était libre dans une vaste cavité. Je la promenai dans tous les sens sans atteindre les extrémités de l'humérus. Je ne constatai non plus aucun dépôt osseux sur la paroi et sentis seulement quelques rugosités au niveau de l'insertion deltoïdienne.

La quantité de liquide retiré par la ponction fut évaluée à 500 grammes. A la fin de la ponction, ce liquide présentait une coloration moins foncée et son aspect se rapprochait davantage de celui du sang veineux. Après la ponction, la partie moyenne du bras est affaissée, très souple, et jouit d'une mobilité anormale très grande. En saisissant le bras à ce niveau, d'avant en arrière, entre les doigts, on reconnaît que l'humérus fait absolument défaut depuis le tendon du grand pectoral jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude. On ne sent en aucun point d'induration ; partout la paroi est souple, excepté au niveau des extrémités libres des fragments osseux, qui semblent un peu augmentés de volume.

Le liquide recueilli par la ponction laisse au fond du vase un dépôt que l'examen microscopique montre exclusivement formé de globules sanguins.

L'examen des urines du malade pratiqué par mon collègue à l'école de médecine, M. Barnsby, y montre des phosphates en excès. L'élimination d'acide phosphorique peut être évaluée à 5 grammes dans les vingt-quatre heures.

J'applique deux attelles autour du membre et l'entoure d'un bandage roulé.

Le diagnostic se trouvait ainsi nettement établi. Il s'agissait d'une tumeur vasculaire de l'humérus. L'absence de battements, de bruit de souffle, l'écoulement du liquide par un jet continu et non saccadé, l'aspect de ce liquide, indiquaient que la tumeur ne se trouvait pas en

communication directe avec le système artériel. Les battements de la radiale présentaient une intensité égale à ceux de l'artère de même nom du côté opposé. Je pensai que dans ces conditions il n'y avait pas indication de pratiquer la ligature de l'artère axillaire. Du reste, aucun symptôme menaçant n'existait, et je jugeai qu'on devait d'abord mettre en pratique des moyens plus simples. La ponction avait soulagé le malade ; le lendemain le liquide ne s'était reproduit qu'en partie. Je décidai de recourir à la compression directe. Un bandage roulé fut appliqué depuis la main jusqu'à l'aisselle, et le bras fut immobilisé le long du corps. Cet appareil fut très bien supporté. Mais le 29 mars, en le renouvelant, je constatai que le bras avait beaucoup augmenté de volume, la peau était rouge ; quelques veines dilatées se dessinaient sous la peau ; les tissus sous-cutanés étaient empâtés dans toute l'étendue du bras correspondant à la tumeur, dont la fluctuation était parfaitement nette. Je pratiquai à la partie externe du membre une nouvelle ponction. Elle donna issue à un liquide semblable à celui de la première.

J'en recueillis 620 grammes. Après l'évacuation du contenu de la poche, la peau reprend sa coloration normale et les tissus recouvrent leur souplesse.

Pour exercer une compression plus énergique, j'applique sur le bras et l'avant-bras une gouttière plâtrée postérieure et je comble avec des éponges mouillées et exprimées l'intervalle compris entre les fragments osseux, en respectant le trajet de l'artère, humérale et j'entoure le membre, en commençant par son extrémité inférieure, d'un bandage roulé assez énergiquement serré.

Cette compression est très bien supportée, mais chaque fois que je renouvelle le bandage je constate la reproduction du liquide et de la tuméfaction.

Le 10 avril, le malade accuse de la douleur. Le bras est tuméfié, la peau est rouge et présente par places des vésico-pustules ; les tissus sous-cutanés sont engorgés, œdémateux ; la raréfaction osseuse paraît avoir fait de nouveaux progrès, surtout du côté du fragment supérieur. Pour diminuer la tension, je pratique une troisième ponction; je retire d'abord environ 150 grammes d'un liquide semblable à celui des ponctions précédentes, puis il s'écoule du sang pur. Je retire immédiatement la canule et réapplique un bandage roulé.

Le lendemain et le surlendemain, le malade accuse des douleurs extrêmement vives qui nécessitent plusieurs injections de morphine. La peau du bras est rouge, sur certains points dépouillée de son épiderme et saignante. La tuméfaction a encore augmenté. Elle a envahi le moignon de l'épaule, qui, primitivement très amaigri, présente aujourd'hui un volume supérieur à celui du côté opposé. La fluctuation est moins nette par suite de l'augmentation d'épaisseur des parois de la cavité et aussi peut-être de la plus grande consistance de son contenu. Je propose la désarticulation de l'épaule, qui est acceptée. J'applique la bande d'Esmarch depuis les doigts jusqu'à l'extrémité inférieure de la tumeur. Je ne juge pas prudent de continuer plus haut la compression, dans la

crainte de refouler dans le système veineux, qui peut communiquer largement avec la tumeur, une partie des caillots contenus dans la cavité de celle-ci. Je pratique l'incision en raquette croupière de Farabeuf. Au moment où je termine la section de la partie antérieure du deltoïde et cherche à introduire le doigt sous le tendon du grand pectoral pour le soulever et en pratiquer la section, la paroi de la cavité qui remonte jusqu'à ce niveau se déchire et il s'échappe un flot de liquide brunâtre en même temps qu'une quantité considérable de caillots noirs. Craignant que l'expulsion des caillots ne soit suivie d'une hémorrhagie, j'applique immédiatement le tube de caoutchouc d'Esmarch autour du bras, au niveau de la rupture de la poche, de façon à obtenir son occlusion et à suspendre la circulation dans les parties sous-jacentes. Je me hâte ensuite de diviser le tendon du grand pectoral, de sectionner en travers le coraco-huméral et de lier l'artère axillaire. Je termine ensuite l'opération sans que le malade ait, pour ainsi dire, perdu de sang. Je réunis la plaie, excepté à sa partie inférieure, qui livre passage à un tube à drainage de gros calibre, et j'applique un pansement antiseptique.

Examen de la pièce. — Avant de procéder à la dissection, une injection d'eau est poussée sous une forte pression dans l'artère axillaire. La cavité de la tumeur, qui s'est en partie vidée de son contenu pendant l'opération, ne se remplit pas. C'est seulement lorsque les capillaires de la main et de l'avant-bras sont remplis que ces parties sont le siège d'une infiltration et d'une distension considérables, ayant commencé par l'extrémité du membre, qu'on voit le liquide injecté s'écouler par l'ouverture accidentelle de la poche située à sa partie supérieure en même temps que par la veine axillaire. Nous en concluons qu'il n'existe pas de communication directe entre l'artère axillaire ou ses branches et la cavité de la tumeur. C'est du reste ce que nous avions supposé.

La dissection montre que les muscles du bras n'ont subi aucune altération. Ils adhèrent par leur face profonde à la paroi de la tumeur, dont il est, en certains points, impossible de les séparer, principalement au niveau de leurs insertions sur l'humérus. Le paquet vasculo-nerveux adhère également très intimement à la tumeur, vers la partie moyenne du membre. L'artère humérale, et l'artère humérale profonde, qui croise obliquement la tumeur en arrière, présentent leur calibre normal et leurs parois ne paraissent avoir subi aucune altération. Les veines satellites de l'artère humérale sont oblitérées par des caillots depuis le pli du coude jusqu'à la partie moyenne du bras; elles ne sont pas augmentées de volume. La dissection des nerfs médian, cubital et radial nous les montre à l'état normal. En dedans de l'artère et de ses veines, nous trouvons à la partie moyenne du bras, et en contact direct avec les vaisseaux, deux ganglions disposés verticalement à une distance de 2 à 3 centimètres l'un de l'autre, et ayant le volume d'un petit haricot.

La tumeur ayant été fendue longitudinalement en avant sur la ligne médiane, on reconnaît qu'elle est formée par une cavité unique conte-

nant encore quelques caillots noirs, semblables à ceux qui ont été expulsés en grande abondance par l'ouverture accidentelle de la poche produite pendant le cours de l'opération. Ces caillots sont libres. Après les avoir enlevés, on reconnaît que la face interne de la cavité présente un aspect réticulé qui rappelle celui de la face interne des cavités du cœur ou des vessies dites à colonnes. Sur certains points, on observe comme des pertes de substance circulaires, dont quelques-unes ont une étendue égale à celle d'une pièce de 1 franc et même de 2 francs, mais ce n'est qu'une apparence et la paroi ne fait défaut sur aucun point. Elle semble constituée par le périoste distendu et aminci, du moins elle se continue directement avec le périoste qui recouvre les extrémités osseuses. Elle est si mince sur certains points qu'elle laisse voir les faisceaux musculaires. Elle recouvre le nerf radial et l'artère humérale profonde qui croisent obliquement la tumeur en arrière et forment un cordon saillant dans sa cavité. Au voisinage des extrémités osseuses, la paroi présente une plus grande épaisseur. Au niveau du fragment inférieur, elle atteint son maximum d'épaisseur, et contient en ce point quelques minces plaques osseuses. Nous trouvons en outre à la face interne de la cavité et vers la partie moyenne deux saillies rouges, d'apparence charnue, comme pédiculées, présentant l'une le volume d'un haricot, l'autre celui d'une noisette ; à leur surface adhèrent quelques petits caillots noirâtres. Enfin nous trouvons de distance en distance quelques petits cordons aplatis adhérents par une de leurs extrémités à la paroi, l'autre extrémité étant libre ; ces cordons, qui ont 1 millimètre de diamètre et une longueur de 1 centimètre, sont des débris de vaisseaux. Si, en effet, on pousse une injection d'eau par l'artère axillaire, on voit le liquide sourdre par l'extrémité de ceux-ci après les avoir distendus.

Les fragments supérieur et inférieur de l'humérus ne présentent aucune augmentation de volume. A leur voisinage il n'y a pas trace de production osseuse nouvelle. Ils sont creusés en entonnoir. Le canal médullaire est agrandi dans l'étendue de 1 à 2 centimètres et l'os se trouve réduit à une mince couche de tissu compact, terminée par un bord dentelé auquel adhèrent quelques petits caillots sanguins. Le fragment supérieur est constitué par la tête de l'humérus et une très petite portion du col chirurgical. La disparition du tissu osseux s'étend intérieurement jusqu'au col anatomique. Le fragment inférieur représente à peu près le tiers de la longueur totale de l'humérus. Le périoste qui leur fait suite du côté de la tumeur est épaissi, rugueux à sa face interne, et présente sur une hauteur de 1 centimètre environ quelques plaques osseuses isolées. On ne trouve d'autre production osseuse dans le paroi qu'au niveau des insertions du deltoïde et du brachial antérieur, où on rencontre une petite crête osseuse longue de 1 centimètre à peine et ayant une hauteur de 2 millimètres. Le périoste qui recouvre les fragments osseux au delà des limites de la tumeur présente son aspect normal et n'offre ni une plus grande épaisseur, ni une vascularisation exagérée.

L'examen microscopique d'une des deux petites tumeurs charnues

implantées sur la paroi a été pratiqué par M. le Dr Latteux, chef du laboratoire de clinique de l'hôpital de la Charité. Ce savant micrographe a reconnu que cette tumeur était un sarcome fasciculé absolument classique.

Cette observation présente avec celle qui a été le point de départ du mémoire sur les tumeurs vasculaires des os, publié par M. le professeur Richet dans les Archives de Médecine de 1864, la plus grande analogie. Nous y trouvons même siège, même âge à peu près du malade, même marche, mêmes caractères cliniques, à l'exception du bruit de souffle signalé par M. Richet, et enfin mêmes lésions anatomiques à l'œil nu. La seule différence entre ces deux faits consiste dans la présence, à la face interne de notre tumeur, de deux petites saillies charnues que l'examen microscopique a montré être formées de sarcome fasciculé. Cette différence est capitale, puisqu'elle suffit pour rayer ce fait de la classe des tumeurs vasculaires simples des os, dont il offrait tous les signes cliniques, et le placer dans celle des sarcomes fasciculés kystiques.

Je ne prétends pas contester l'existence des tumeurs vasculaires simples des os, qui serait établie par l'observation de M. Richet et par quelques autres rapportées dans son mémoire, quoiqu'elles ne soient peut-être pas absolument concluantes. Une observation publiée par notre collègue Th. Anger dans les *Bulletins de la Société* (1), et relative à une tumeur vasculaire de l'extrémité inférieure du fémur, tendrait également à faire admettre l'existence de ces tumeurs, « l'examen microscopique, y est-il dit, n'ayant pas permis d'y découvrir des myéloplaxes en proportion anormale. » Mais il est bien permis de faire remarquer qu'avant de conclure à la nature vasculaire simple d'une tumeur des os, sans mélange d'autres éléments, on doit procéder à un examen minutieux, le néoplasme pouvant n'occuper parfois qu'un point très limité de la cavité kystique et passer inaperçu. Notre observation établit une transition entre les tumeurs vasculaires des os dans lesquelles la nature sarcomateuse, myéloplaxique et carcinomateuse de la paroi est de toute évidence, et celles dans lesquelles l'élément néoplasique fait absolument défaut. On serait ainsi conduit à leur reconnaître à toutes la même origine, en admettant que dans certains cas la destruction du néoplasme marche de pair avec sa formation.

Discussion.

M. Championnière. L'observation et la pièce présentées par M. Thomas méritent qu'on s'y arrête, car les tumeurs vasculaires

[1] Séance du 18 novembre 1882.

vraies des os sont infiniment rares, si rares que la plupart des exemples que l'on a cités ne leur appartiennent pas. On se trouve presque toujours comme ici en présence d'un sarcome : et les tumeurs de ce genre sont d'une malignité extrême ; récidive et généralisation sont très rapides, et il y a beaucoup de chances pour que l'observation de M. Thomas n'échappe pas à cette règle. Il est à souhaiter qu'il nous donne dans quelques mois des nouvelles d'une opération qui ne date que de quelques jours.

J'ai observé deux tumeurs de ce genre dont l'histoire n'est pas moins instructive ; on verra quelque intérêt à les rapprocher de la précédente.

Le premier cas est celui d'un homme âgé de 39 ans qui se présente à l'hôpital avec une tumeur fluctuante au-devant de l'épine du tibia, ayant tous les caractères d'un abcès aigu, et consécutive à un traumatisme.

L'incision donne issue à un flot de sang rouge arrêté par la compression de la fémorale. La cuisse est amputée séance tenante. Toute la partie supérieure du tibia est sillonnée d'énormes vaisseaux plongeant au milieu du tissu osseux raréfié ; de très petites masses sarcomateuses se rencontrent sur la tumeur.

L'opération fut faite le 12 avril 1882.

Ce malade guérit bien, sortit en septembre, et plus de deux ans après il n'avait pas de récidive, fait rare, qui serait absolument exceptionnel chez les jeunes sujets, chez lesquels j'ai toujours vu la récidive et la généralisation à si courte échéance que l'intervention opératoire la plus heureuse immédiatement reste toujours décourageante.

Dans le second cas, l'obscurité est bien plus grande ; il ne s'agit plus seulement d'une erreur de diagnostic plus ou moins discutable, mais d'une lésion qui, pièces en main, permet d'affirmer qu'on ne se trouve pas en présence d'un sarcome, alors que la suite de l'observation montre qu'il s'agit bien, au contraire, du sarcome le plus malin que l'on puisse imaginer.

Sarcome vasculaire simulant l'ostéomyélite, donnant lieu à un épanchement sanguin considérable et à une hémorrhagie formidable après ouverture ; — amputation de cuisse ; — récidive rapide ; — généralisation à marche foudroyante.

C..., âgé de 13 ans. Cet enfant, qui paraît habituellement d'une bonne santé, a fait, il y a quatre semaines (septembre 1885), une chute dans un escalier, chute qui parut insignifiante. Il se releva avec un peu de douleur dans le genou et ne prit pas le lit.

Peu à peu, les douleurs dans le genou devinrent plus vives ; il cessa de marcher, la jambe se fléchit ; en même temps, il survint de la fièvre

et du délire. La fièvre s'apaisa, mais les douleurs persistèrent au niveau d'une tuméfaction occupant l'extrémité inférieure de la cuisse.

Le lundi 5 octobre 1885, je vis cet enfant pour la première fois : tuméfaction fluctuante à l'extrémité inférieure de la cuisse, immédiatement au-dessus de l'articulation ; il semble qu'il y ait sous le périoste un abcès au niveau du condyle : la pression y est très douloureuse ; le quart inférieur du fémur est augmenté de volume ; l'extension du membre est difficile, mais cependant l'articulation paraît indemne. Aucun battement de la tumeur.

L'enfant n'a pas de fièvre considérable actuellement (37°,8), mais il est jaunâtre, maigre, d'aspect typhique : langue sèche, vomissements, impossibilité d'alimentation. Pas de toux ni d'hémoptysies ; en somme, état général mauvais.

Je diagnostique un abcès d'ostéomyélite et conseille l'ouverture rapide et la trépanation, seules chances d'éviter l'amputation, qui sera peut-être nécessaire, la maladie étant déjà étendue. Toutefois l'absence de fièvre me frappe. — Les douleurs sont calmées avec des potions morphinées.

Le 7 octobre, consultation avec M. de Saint-Germain, qui confirme de tout point diagnostic et pronostic.

La trépanation est fixée au lendemain 8 octobre.

Incision au-dessus et en dehors de l'articulation ; les muscles étant franchis, je ne trouve pas de pus, mais une bouillie rougeâtre ; au delà l'os est dénudé et altéré dans une grande étendue jusque dans le creux poplité. On pénètre en dehors dans sa substance ; un flot de sang coule par l'incision, absolument comme si une poche d'anévrysme était ouverte.

Compression immédiate de la fémorale et continuation du chloroforme. Nous croyons être en présence d'un sarcome vasculaire, et nous nous décidons à amputer la cuisse séance tenante ; en attendant les instruments, la chloroformisation et la compression digitale sont continuées pendant trois quarts d'heure environ ; la moindre interruption dans la compression amène un flot de sang.

Anneau d'Esmarch. — Amputation de la cuisse dans le tiers moyen sans déplacer l'enfant ; pansement avec la gaze phéniquée, la poudre antiseptique et la charpie de bois.

L'enfant, très faible, est reporté dans son lit.

L'examen du membre montre une cavité entourée d'une paroi tomenteuse ; l'os est friable, et on pénètre dans sa substance jusque sous le cartilage épiphysaire. Un examen plus complet de l'os scié montre une longue partie centrale en voie de séquestration, et à la périphérie un os neuf, remontant à près de 10 centimètres ; l'os est vascularisé au point d'être rouge ; il y a presque séparation de la diaphyse et du cartilage épiphysaire ; quelques petites fongosités se voient infiltrées dans les tissus au-dessus du niveau de la poche.

En arrière de l'épiphyse et en dehors s'étend la poche assez vaste qui avait été ouverte. Elle contient encore un magma de caillots sanglants et présente quelques analogies avec une poche d'anévrysme.

L'articulation est saine, quoique le foyer sanguin ne soit séparé de l'articulation que par l'épaisseur du cartilage.

La section du fémur a porté peu au-dessus du point où cessent les stalactites osseuses. En ce point, le tissu osseux paraît bien sain.

La pièce est portée au laboratoire de M. Straus. Il est impossible d'y découvrir de masse sarcomateuse.

Le soir, l'enfant, qui avait consommé 80 grammes de chloroforme environ, est faible, un peu agité. Température, 38°,5.

Le 9 octobre au matin, il est plus calme, quoique n'ayant pas dormi; pouls plein à 120.

Les suites de l'opération ont été d'une grande simplicité ; pansement au bout de trois jours ; on retire une partie des tubes.

Quatre jours d'intervalle entre le premier et le deuxième pansement. La guérison est acquise au bout du troisième pansement.

A partir de l'opération, l'état général de l'enfant s'est brusquement amélioré ; tous phénomènes d'infection ont disparu. Le malade s'est rétabli avec une rapidité extraordinaire, fait bien comparable, à ce que l'on voit, après les opérations radicales pour ostéo-myélites.

Les choses ont paru aller s'améliorant tous les jours. Le moignon s'est rapidement cicatrisé, lorsque, du 15 au 20 novembre, l'enfant a recommencé à souffrir de son moignon; il a pris de la fièvre, et, comme la première fois, il s'est mis à vomir ses aliments; localement, le moignon était douloureux et tendu.

Le 25 novembre, je lui donne du chloroforme et lui fais une incision sur la partie antérieure du moignon, très fluctuante. Comme la première fois, il ne s'écoule pas de pus; mais des caillots font issue, puis après eux du sang pur. Toutefois, un peu de compression arrête à peu près l'écoulement sanguin. Il n'y pas de pus; je constate que l'extrémité du fémur est à nu au milieu de bourgeons, et je lave le tout avec la solution phéniquée forte. Pansement compressif après avoir placé deux tubes à drainage.

Le malade vomit encore après l'opération, mais probablement à cause du chloroforme.

La fièvre tombe, les douleurs s'apaisent. Le 27, le malade commence à manger ; le 30, il est très bien. Pansement : très peu de pus. Suppression d'un tube sur deux qui avaient été mis d'abord.

Sans nouvelle hémorrhagie, mais avec un peu de suintement séro-sanguin, le moignon se met à gonfler; les douleurs reviennent. Le point de l'incision commence à bourgeonner ; la fièvre est régulière, et de nouveau le malade mange plus mal. Il se développe des crises douloureuses très violentes : des injections de morphine seules permettent le sommeil.

Le jeudi 10 décembre, je revois l'enfant, qui a des bourgeons volumineux au siège de l'incision, en arrière et en bas. Tout le fémur est sensible à la pression; ganglions petits mais très douloureux dans la fosse iliaque.

L'enfant est un peu anhélant, et je soupçonne des lésions pulmo-

naires; dans la nuit, il a une petite hémoptysie, et depuis il a rendu des crachats transparents, mais visqueux et grenus.

Le 11 décembre, consultation avec M. de Saint-Germain. Les bourgeons, en vingt-quatre heures, ont pris un développement inouï; tout l'os iliaque est douloureux; il y a de la submatité avec des râles fins dans une partie du poumon gauche. La rapidité de la marche est effrayante. Pas d'hémorrhagie.

Le 14 décembre, je revois l'enfant : il est plus faible; il a des accès douloureux atroces, suivis de lipothymies. Le moignon a certainement doublé de volume.

L'urine est noircie par l'acide phénique, mais ne contient ni sucre ni albumine.

Mort le 3 janvier 1886.

Voilà donc deux faits de sarcome où la dilatation vasculaire est la seule lésion appréciable; dans ces derniers cas, l'absence du sarcome apparent est frappante; celui qui n'aurait vu que la pièce et n'aurait pas connu les suites aurait affirmé qu'il ne s'agissait pas de sarcome. Il est sage de rejeter toutes les observations dont la suite n'est pas connue.

Si l'on agit ainsi, les tumeurs vasculaires non cancéreuses des os deviennent une curiosité pathologique que bien peu pourraient se vanter d'avoir rencontrée.

M. Kirmisson. J'ai eu l'occasion de voir, il y a deux ans, à Langres, M. le Dr Demongeot de Confebvron, qui a publié une observation d'anévrysme du radius chez une femme à laquelle il pratiqua la ligature de l'humérale et qui a guéri. J'ai su par lui que cette femme existait encore; la guérison date donc aujourd'hui de vingt-cinq ou trente ans.

M. Th. Anger. La pièce présentée par M. Thomas est un sarcome. Dans le cas que j'ai observé, et dont il a été question tout à l'heure, il me paraît que la tumeur était exclusivement vasculaire. Les recherches microscopiques, les plus prolongées, n'ont pu faire constater l'existence du sarcome. Il peut donc y avoir des anévrysmes des os.

Je rappellerai que chez mon malade, qui était un jeune homme, il existait à la partie supérieure du tibia un empâtement sous-périostique que je crus de nature inflammatoire et que j'incisai. Il s'écoula en nappe une grande quantité de sang. Le malade refusa d'abord l'amputation et n'y consentit que tardivement. Il a succombé à une embolie.

M. Polaillon. L'année dernière, j'ai présenté à la Société un jeune malade auquel j'avais enlevé les trois quarts externes de la

clavicule pour un sarcome, et qui avait recouvré les mouvements de son bras. Moins de deux mois après, la récidive s'est faite dans la partie interne. Une première ablation, puis une seconde, ont été pratiquées, mais la santé générale n'a pas tardé à s'altérer, et la mort est survenue au bout d'un an, avec un sarcome de la cuisse et des sarcomes dans plusieurs autres régions.

D'autre part, j'ai opéré un homme de 57 ans qui, à la suite d'un effort du bras, avait présenté les apparences d'une tumeur blanche du coude, qui prit bientôt la marche d'un sarcome. Je lui désarticulai l'épaule. J'ai suivi ce malade pendant plusieurs mois sans qu'il eût de récidive. Mais je ne l'ai pas revu depuis, et je ne puis affirmer que la récidive ne se soit pas produite.

Il se peut qu'il y ait des tumeurs vasculaires des os analogues aux tumeurs cirsoïdes sur lesquelles M. Gosselin a publié un travail. Ces tumeurs paraissent se développer surtout dans l'extrémité supérieure du tibia, sans mélange de sarcome.

M. Marchand. Je ne voudrais pas qu'il résultât de cette discussion que tout individu amputé pour un sarcome des os est fatalement voué à la récidive à brève échéance. Il y a deux ans, j'ai amputé une malade pour un sarcome osseux, et elle est encore aujourd'hui exempte de récidive.

Communication.

M. Delorme lit un travail sur deux *opérations de restauration de la voûte palatine et du nez.*

(Commission : MM. Bouilly, Marchand, Polaillon, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 28 avril 1886.

Présidence de M. HORTELOUP.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Contribution à la question de la résection du pylore,* par le Dr SALTZMANN (d'Helsingfors), membre correspondant étranger;

3° Des lettres de MM. PEYROT, SEGOND, PRENGRUEBER, qui se portent candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante;

4° M. DUPLAY prie la Société de vouloir bien lui accorder l'honorariat;

5° M. TH. ANGER demande un congé d'un mois pour affaires de famille (renvoi à la commission);

6° *Rétention des règles dans l'utérus; vice de conformation des organes génitaux internes et externes; tentative d'évacuation; mort rapide; autopsie,* par M. JEANNEL (de Toulouse) (commission : M. BERGER).

A propos du procès-verbal.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente les pièces pathologiques du jeune enfant dont il a donné l'observation dans la dernière séance, et qui a succombé deux mois après l'amputation de la cuisse. Il insiste de nouveau sur l'absence de toute trace de sarcome et sur la dilatation des vaisseaux de l'os.

Discussion.

M. THOMAS. La pièce que vient de nous montrer M. Lucas-Championnière pourrait être désignée sous le nom de sarcome, *sans sarcome.* Sur celle que j'ai présentée dans la dernière séance et qui, à l'œil nu, avait tous les caractères que M. Richet, dans son

mémoire, a assignés aux anévrysmes des os, on voyait deux petites masses charnues qui ont été reconnues à l'examen histologique pour des sarcomes. C'est donc une sorte de pièce de transition entre les sarcomes des os proprement dits et les tumeurs que l'on a appelées anévrysmales. Ces dernières pourraient presque être niées.

M. Lucas-Championnière. C'est précisément parce que je ne crois pas à l'existence des anévrysmes simples des os que j'ai présenté cette pièce. Désormais, en présence d'une tumeur osseuse vasculaire, il faudra toujours se tenir en garde et songer au sarcome.

M. Terrillon. Il y a environ deux ans, j'ai observé une jeune fille de 17 ans qui portait, au niveau de la partie inférieure du radius, une tumeur pulsatile qui avait été prise d'abord pour un anévrysme de l'artère radiale. Je reconnus que cette tumeur siégeait dans l'extrémité inférieure de l'os, et je résolus d'intervenir après avoir endormi ma malade. Il était convenu que si le radius était réellement envahi je ferais l'amputation. La bande d'Esmarch étant appliquée, j'incisai au niveau de la tumeur, et je constatai que non seulement le radius en était le siège, mais que le cubitus même commençait à être atteint. Je pratiquai donc l'amputation de l'avant-bras. La poche offrait les apparences d'une poche anévrysmale, mais il y avait aussi ostéo-sarcome, ainsi que cela fut constaté au laboratoire de M. Ranvier. Toutefois la partie sarcomateuse était réduite à très peu de chose. M. Denucé, mon interne, a utilisé ce fait dans un travail qu'il a publié.

J'ajoute que ma jeune malade n'a pas eu de récidive depuis l'opération.

M. Poulet. La tumeur présentée par M. Thomas n'était pas pulsatile; je l'ai examinée, et dans certains points j'ai rencontré des myéloplaxes, en d'autres, de petites hémorrhagies. Elle présentait donc réunies deux des formes du sarcome : les éléments fusiformes et les myéloplaxes.

Rapport

Sur deux observations communiquées par M. le Dr Dubar (de Lille), intitulées : *Luxation en arrière et en dehors de la phalangette du pouce droit*, et *Périostite suppurée, sans nécrose, de la moitié inférieure du fémur droit.*

Rapport par M. Paul Berger.

La première des observations communiquées par M. Dubar nous

présente un exemple d'une variété de luxation dont les caractères et le mode de réduction n'ont jusqu'à présent pas été étudiés en détail. Cette lacune des descriptions classiques est-elle due à la rareté de la lésion en question ou au peu d'importance qu'on lui a probablement accordée en raison des dimensions restreintes de l'articulation intéressée? nous ne saurions le dire. Quoi qu'il en soit, l'observation de M. Dubar mérite d'être reproduite en résumé, en raison même de la rareté des faits semblables qui ont été publiés.

Un homme de 40 ans tombe sur la paume de la main, qui vient frapper une pierre de la chaussée; en se relevant, il remarque l'existence d'une déformation du pouce droit et d'une plaie siégeant à la face palmaire de ce doigt. Malgré les avis de médecins, qui reconnurent aussitôt l'existence d'une luxation de la deuxième phalange du pouce en arrière, ce n'est qu'au bout de trois jours qu'il se décide à consulter M. Dubar.

Celui-ci constate d'abord une plaie angulaire, à bords œdématiés et grisâtres au niveau de la face antérieure de l'articulation phalangienne du pouce : cette plaie donne issue à la moitié externe de l'extrémité inférieure de la première phalange, qui est colorée en noir. La déformation est caractéristique : l'extrémité inférieure du pouce est dans l'extension simple sans renversement en arrière; elle est tordue sur son axe de dedans en dehors, de telle sorte que sa face palmaire regarde en avant et un peu en dehors. Cette torsion produit une tension très forte des parties molles au niveau de l'angle interne de la plaie, et, au contraire, un relâchement vers la partie externe du côté où l'extrémité de la première phalange est engagée dans la plaie. La palpation permet de reconnaître, en outre, sur la face dorsale la saillie anormale qui correspond à l'extrémité supérieure de la phalangette déplacée; à la face palmaire, se remarque une autre saillie disposée en sens inverse, et qui répond à l'extrémité inférieure de la première phalange.

En explorant la plaie, M. Dubar constate que le ligament glénoïdien, rompu au niveau de son insertion à la première phalange, a suivi la deuxième dans son déplacement; le ligament latéral externe de l'articulation inter-phalangienne est rompu; l'interne paraît avoir résisté. Enfin, du côté externe, l'examen au stylet fait reconnaître une corde tendue qui n'est autre que le tendon du long fléchisseur du pouce sorti de sa gaine, et qui contourne le côté externe de la tête de la première phalange. Il existe déjà de la suppuration articulaire.

A deux reprises, M. Dubar cherche à obtenir la réduction en renversant la deuxième phalange en arrière, pour dégager le ligament glénoïdien, en la faisant glisser sur le dos de la première phalange jusqu'à son extrémité inférieure, pour la faire basculer sur celle-ci et la ramener de la sorte à la flexion. Mais quoique la réduction ait paru se faire par ce moyen, dès que la phalangette est abandonnée à elle-même, la déformation se reproduit.

Pensant alors que l'obstacle siégeait dans l'interposition du tendon fléchisseur entre les surfaces articulaires, M. Dubar le remit à sa place

en l'attirant avec une sonde cannelée recourbée en crochet; la réduction obtenue dans ces conditions ne se maintient pas davantage. C'est alors que l'auteur, rapportant à la torsion de la deuxième phalange luxée l'irréductibilité, corrige cette torsion par une rotation vigoureuse exercée dedehors en de dans sur cet os, préalablement renversé en arrière. Réitérant alors ses précédentes tentatives, il voit la réduction s'effectuer avec un claquement et se maintenir.

La guérison s'effectua sans autre complication qu'une suppuration de longue durée, qui se termina cinq mois après par l'issue de trois petits séquestres.

M. Dubar n'a découvert dans la littérature qu'un fait analogue; il appartient à M. Lala et il se trouve sommairement exposé dans les *Bulletins de la Société anatomique de* 1856. L'observation présente offre donc un certain intérêt en raison de sa rareté et des difficultés apportées à la réduction de la phalange luxée par la rotation qu'elle avait subie, et dont la restitution permit seule de corriger le déplacement. Cette torsion était invraisemblablement due à la rupture du ligament latéral externe de l'articulation, l'interne ayant résisté. Mais nous ne saurions à cet égard formuler autre chose qu'une hypothèse.

La deuxième observation que vous a communiquée M. le Dr Dubar est un exemple de périostite externe suppurée du fémur, développée à un âge auquel les accidents inflammatoires dont le périoste et la moelle osseuse peuvent être le siège sont assurément peu communs. Cette circonstance et la terminaison par guérison sans fistule persistante et sans nécrose me semblent démontrer qu'il ne s'agissait ici que d'une affection absolument distincte par son origine et sa nature des ostéo-myélites véritables.

Un homme de 52 ans souffrait depuis un an environ de douleurs vagues dans le membre inférieur droit, quand, en février 1884, il fut pris, à la suite d'un grand frisson, d'une fièvre violente, et tomba dans un état général grave qui fit craindre pour ses jours et qui fut attribué à une tuberculisation aiguë. Peu de jours après, se développa un œdème généralisé du membre inférieur droit. Cependant le pronostic funeste ne se réalisa pas ; les symptômes généraux s'amendèrent, mais le gonflement et les phénomènes locaux persistèrent. Ce ne fut que quatre mois après que M. le Dr Dubar, appelé en consultation, reconnut l'existence d'une énorme collection purulente profonde, s'étendant du tiers moyen de la cuisse à la moitié inférieure de la jambe. Trois incisions larges et profondes donnèrent issue à un demi-litre de pus rougeâtre. La collection siégeait sous le triceps, entourant de toutes parts le périoste du fémur, qui était épaissi; au tiers inférieur de cet os, il existait une sorte d'hyperostose de plus d'un centimètre d'épaisseur, sur une hauteur de 6 centimètres environ, entourant les trois

quarts de la circonférence de l'os et recouverte par le périoste épaissi et tomenteux; d'ailleurs, en aucun point, il n'existait de dénudation osseuse, de perforation de l'os ou de nécrose appréciable. Les suites démontrèrent en effet l'intégrité de l'os et de sa moelle : après une suppuration assez longue, la cicatrisation se fit, vers le milieu d'octobre, quatre mois après l'incision, et le malade guérit, conservant néanmoins un peu de rétraction musculaire et de la raideur du genou.

L'exclusion de tout point de départ articulaire ne permet, en effet, de ramener à aucune autre cause qu'à une inflammation primitive du périoste l'origine d'une inflammation aussi profonde et de la suppuration sous-tricipitale qui en sont la conséquence. Ainsi que nous l'avons déjà dit, la marche de l'affection et les conditions mêmes de son développement prouvent, comme l'inspection directe l'a fait voir, qu'il s'agissait d'une périostite purement externe, et, malgré la gravité des phénomènes du début, n'ayant aucune relation avec l'os lui-même et son tissu médullaire. L'hyperostose du fémur était probablement consécutive à l'inflammation de son enveloppe, et ne me paraît nullement indiquer une atteinte plus profonde du tissu osseux.

Rapport.

M. P. Berger fait un rapport sur un cas très intéressant communiqué par M. Guelliot, et conclut à l'insertion de l'observation complète.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Coup de couteau ayant pénétré à travers l'échancrure sciatique jusqu'à l'utérus gravide et jusqu'au fœtus. — Lésion du sciatique.— Troubles trophiques.

Par le Dr O. Guelliot, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien suppléant de l'hôtel-Dieu de Reims.

L'observation que l'on va lire nous a paru mériter d'être publiée tant à cause de sa rareté que de son intérêt au point de vue médico-légal.

Mme L..., habitant un village voisin de Reims, était enceinte de huit mois; vers la fin de décembre 1883, elle s'aperçut que les mouvements de l'enfant avaient cessé, et il survint à cette époque des douleurs qui firent craindre un accouchement prématuré. Huit jours après cette alerte, cette dame, qui faisait avec son mari, alcoolique avéré, fort mau-

vais ménage, reçoit un violent coup de couteau dans la fesse gauche (1). La scène se passait à onze heures du soir. La blessée a immédiatement une sensation d'engourdissement dans toute la longueur du membre inférieur, mais sans douleur véritable; il s'écoula une grande quantité de sang ou de liquide sanguinolent que le mari, ancien infirmier militaire, évalue à la quantité, probablement exagérée, de deux litres et demi. Cette hémorrhagie s'arrête du reste spontanément.

Le lendemain, 26 décembre, à onze heures du matin, soit douze heures après l'accident, Mme L... commence à ressentir des douleurs, la poche des eaux se rompt, et à midi, en présence et avec l'aide d'une sage-femme, elle accouche d'un enfant mort.

Je la vois pour la première fois ce jour-là, à quatre heures, et je constate l'existence, dans la région fessière gauche, d'une plaie de 3 centimètres de largeur, à trois travers de doigt au-dessus de l'ischion, à 10 centimètres du bord postérieur du grand trochanter et à 12 centimètres de la ligne médiane. Le sang a cessé de couler, la malade n'a pas de fièvre, et je me garde, bien entendu, d'explorer la plaie, qui me paraît profonde.

Alors la sage-femme me montre l'enfant à la naissance duquel elle a présidé : il porte, sur le pariétal gauche et au voisinage de la suture médiane, une incision nette, intéressant les téguments et pénétrant jusqu'à l'os, qui est même rayé, mais ne paraît pas perforé. La sage-femme a constaté cette plaie au moment même de l'accouchement.

Il fallait dès lors supposer que le traumatisme avait été plus considérable que ne pouvait le faire croire tout d'abord l'état de la patiente; l'instrument tranchant devait, après avoir traversé l'échancrure sciatique, avoir pénétré jusqu'à l'utérus. C'est, en effet, un long couteau, assez étroit, qui sert à débiter de la saucisse, et dont la lame est souillée dans une longueur de 15 centimètres environ.

Deux accidents étaient à craindre : l'ischiatique ou la fessière étaient probablement sectionnées et l'hémorrhagie pouvait se reproduire ; le couteau avait peut-être atteint le péritoine. En présence de cette situation, j'explore rapidement la sensibilité du membre inférieur, qui ne me paraît pas compromise; j'ordonne l'application de glace sur le ventre, une potion calmante et un repos absolu; je préviens que le sang peut réapparaître et je me tiens prêt à intervenir s'il y a lieu. La patiente est une petite femme un peu grasse, d'excellente santé, et dont les quatre couches antérieures se sont très bien passées.

Le lendemain, 27 décembre, je la trouve en excellent état, sans fièvre et sans sensibilité du ventre : elle ne se préoccupe que d'un engourdissement occupant la cuisse et la jambe gauche.

Le 28, explorant avec soin la sensibilité, je constate que celle-ci est intacte dans la zone innervée par le petit sciatique et le honteux interne, et aussi dans la plus grande étendue du territoire sciatique. Par contre, il y a insensibilité absolue au niveau de la plante du pied et du

(1) Au dire du mari et de la femme, celle-ci serait tombée sur le couteau, malencontreusement fiché la pointe en l'air (?).

bord externe jusqu'au-dessus de la malléole ; les trois derniers orteils sont complètement anesthésiés ; les deux premiers sont sensibles sur leur face dorsale.

Le 30, les trois derniers orteils (face dorsale) sont sensibles à la température, bien qu'ils ne le soient pas encore au contact.

Le 2 janvier déjà, il y a progrès marqué de la sensibilité, car l'anesthésie n'est plus complète qu'à la plante du pied, au bord externe et aux cinq orteils.

Quinze jours après l'accident, le 9 janvier, la malade se lève : la plaie est à peu près cicatrisée ; à aucun moment il n'y a eu de fièvre, et les suites de couches ont été normales.

Mais, dès le lendemain, se forme à la plante du pied, au niveau de la tête des derniers métatarsiens, une vaste ampoule remplie de sérosité purulente, en même temps que le pied enfle jusqu'au-dessus des malléoles. Mme L... se plaint toujours de son engourdissement.

L'œdème change de caractère les jours suivants : il devient mollasse, tremblotant, gardant mal l'empreinte du doigt, et donnant assez la sensation du lipome mou. Au niveau de l'ampoule, le derme est à nu sur une surface égale au moins à celle d'une pièce de 5 francs. Cette ulcération est grisâtre et tout à fait insensible. La plaie de la fesse est définitivement guérie au milieu de janvier.

En février, Mme L... accuse, le long du sciatique, des élancements douloureux revenant sans régularité et avec une intensité variable ; la plante du pied et le talon sont toujours insensibles ; l'œdème n'occupe que la partie externe du dos du pied ; l'ulcération plantaire se cicatrise avec une grande lenteur.

Je revois cette malade à la fin de juillet 1884, sept mois après l'accident. Je puis constater que l'œdème persiste ; la plante du pied elle-même paraît tuméfiée le soir ; elle est toujours insensible. Il y a de l'engourdissement et des douleurs le long du bord externe de la jambe et sur la face dorsale des orteils ; la malade marche un peu en *talus* pour éviter ces douleurs, et peut-être aussi parce qu'il existe une légère parésie des extenseurs. Au niveau du talon, il s'est formé un gros durillon calleux, en écaille d'huître ; la marche est du reste régulière, et, même dans l'obscurité, la coordination des mouvements est parfaite.

Je ne connais pas d'observation tout à fait semblable à celle-ci. Des instruments piquants ou contondants, stylets, épées, balles, ont pu pénétrer par l'échancrure sciatique et blesser les organes du petit bassin, vessie ou rectum ; je ne sache pas que pareil accident soit arrivé à l'utérus gravide.

La forme et les dimensions du couteau, assez analogue aux grands couteaux à amputation, rendent bien compte de la profondeur et de l'étroitesse de la plaie, et j'en ai reproduit très facilement le trajet sur le cadavre.

Enfonçant un long couteau dans la région fessière, au point exact déterminé par l'observation, et le dirigeant en dedans et en

avant de façon à lui faire franchir l'échancrure sciatique, j'ai vu la pointe atteindre le segment inférieur de l'utérus en longeant la base du ligament large. Le sciatique était intéressé, mais seulement dans un tiers environ de son épaisseur; l'artère ischiatique était coupée; les vaisseaux et nerfs fessiers et honteux internes étaient intacts; le rectum, protégé par la concavité sacrée, et la vessie étaient restés tout à fait en dehors de l'action de l'instrument vulnérant. Le péritoine n'était pas touché; or, nous expérimentions sur le cadavre d'une fille vierge, et dont l'utérus était par conséquent à son minimum de développement. Pendant la gestation, tout au contraire, l'utérus, dédoublant les ligaments larges, vient s'offrir pour ainsi dire à l'instrument pénétrant par l'échancrure sciatique, et la blessure du péritoine devient à peu près impossible. Une circonstance a contribué encore à éviter cette blessure chez notre malade : huit jours avant l'accident, il y avait eu des douleurs assez violentes et une menace d'accouchement. Fort probablement, à cette époque, il s'est fait un commencement d'engagement, et la tête fœtale, venant occuper le détroit supérieur, a pu être plus facilement atteinte par le couteau. On pouvait même se demander si celui-ci n'avait pas traversé l'extrémité supérieure du vagin; mais l'absence d'écoulement sanguin ou amniotique par la vulve, la constatation de l'intégrité absolue du vagin, quand, trois jours après l'accident, j'ai cru pouvoir me permettre une exploration de ce côté, me font penser que c'est bien la matrice elle-même qui a été perforée.

Les observations de plaies pénétrantes de l'utérus pendant la grossesse ne sont pas très exceptionnelles; on en trouvera plusieurs relatées dans le mémoire de M. Guéniot : *Grossesse et traumatisme considérés dans leurs rapports mutuels* (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1876, p. 401), mais, dans tous les cas, la plaie s'est faite par l'abdomen.

Ce qui est beaucoup plus rare, c'est la lésion du fœtus lui-même; nous n'en connaissons que quelques cas. Le fœtus est atteint par l'extrémité d'un bâton pointu; la mère guérit (Hoffmann); ailleurs, c'est un couteau qui pénètre jusqu'à la poitrine de l'enfant. Planchon (*Mémoire* de Guéniot, p. 408) raconte qu'une femme enceinte de sept mois fut piquée au-dessous de l'ombilic par un long clou de voiture; il s'écoula par la plaie du liquide amniotique mélangé de sang. Cette femme mourut et l'on constata que l'enfant avait été atteint par le clou au milieu de la fosse sous-épineuse droite.

Voici le résumé d'une quatrième observation publiée par Czajewoki (*Journal de chirurgie* de Malgaigne, 1846, p. 844).

Une femme grosse de cinq mois et demi se jette sur la branche d'une fourche qui pénètre dans le bas-ventre, du côté droit, en dehors du muscle droit de l'abdomen ; les eaux s'écoulent par la plaie et l'accouchement se fait deux jours après. Le fœtus est mort ; il porte une blessure de quelques millimètres de profondeur sur l'angle inférieur de l'omoplate gauche. Après diverses péripéties, entre autres la formation d'une fistule stercorale, la malade guérit complètement.

Dans tous ces cas, il n'y avait pas place pour un doute, puisque la blessure était directe et évidente ; il n'en est pas de même dans le nôtre. N'aurait-on pu supposer que la main qui avait frappé la mère avait aussi, et postérieurement, frappé l'enfant : j'avoue que ce fut ma première impression. Mais je dus m'incliner devant le témoignage de la sage-femme, l'une des plus instruites et des plus honorables de Reims, qui avait assisté à tout l'accouchement, y compris la rupture de la poche des eaux, et avait constaté la plaie de l'enfant au moment même de son expulsion. Celui-ci était, du reste, certainement mort depuis quelque temps, car il présentait déjà des traces de macération, et il n'y avait pas à songer à une tentative d'infanticide ; enfin l'expérimentation sur le cadavre me démontra la possibilité d'une semblable lésion. J'ai dû rédiger un rapport dans ce sens ; mais on comprend fort bien qu'en telle occurrence un médecin légiste pourrait se trouver embarrassé.

Nous ferons remarquer en passant que l'état de grossesse n'a pas influé sur le traumatisme et que la cicatrisation de cette plaie profonde s'est faite, au contraire, avec rapidité et sans complication d'aucune sorte.

Il en est une que nous pouvions craindre, l'hémorrhagie. Au moment de l'accident, il s'était fait un écoulement de sang abondant, tellement abondant même que nous nous demandions si le sang n'était pas additionné d'une certaine quantité de liquide amniotique.

Nous savions qu'en cas de blessure de l'ischiatique ou de la fessière, la compression est ordinairement insuffisante, le pincement difficile, la ligature laborieuse; celle-ci a été pratiquée, il est vrai, par Bouisson, Bœckel et quelques chirurgiens. Mais, quand l'artère est coupée dans l'échancrure même — et l'ischiatique était complètement sectionnée sur notre cadavre — il nous paraît impossible d'aller trouver le bout central. Fallait-il donc s'apprêter à lier l'hypogastrique ? Heureusement l'hémorrhagie ne se reproduisit pas et nous n'eûmes pas à intervenir. D'un autre côté, les plaies de ces artères sont fréquemment suivies d'anévrysmes. M. Farabeuf en cite douze cas, dont neuf fessiers. C'était encore

une complication à craindre, mais qui ne se produisit pas, comme nous pûmes nous en assurer sept mois après l'accident.

Nous ne voulons plus insister que sur un point, la lésion, fort minime assurément, du sciatique. Au moment du trauma, pas de douleur, mais une sensation d'engourdissement; pendant les premiers jours, l'état supposé grave de la malade m'empêche d'explorer suffisamment la sensibilité du membre inférieur : le troisième jour, je constate une anesthésie complète de la plante du pied et de toute la région dorsale externe. La distribution de cette anesthésie ne correspond à aucun territoire nerveux puisqu'elle répond au saphène externe et à une partie du musculo-cutané et du sciatique poplité interne. Le cinquième jour, la sensibilité à la température réapparaît sur les orteils, et, trois jours plus tard, la sensibilité au contact revient elle-même sur ceux-ci, en marchant très manifestement de dedans en dehors. Cet ordre de réapparition et cette amélioration rapide me semblent indiquer des phénomènes de sensibilité récurrente. Je ne crois guère à une réunion primitive des filets nerveux coupés qui se serait faite plus rapidement encore (faits de Tillaux), et aurait probablement amené une *restitutio ad integrum*, tandis qu'ici toute la plante du pied est restée définitivement insensible.

Enfin, vingt-quatre heures à peine après que la malade commence à marcher, se montre, dans la région anesthésiée, une vaste ampoule purulente qui laisse après elle un ulcère à bourgeons grisâtres et sans vitalité. Des faits semblables ont été plusieurs fois signalés. On en trouve un bel exemple dans le *Traité des sections nerveuses* de Létiévant (p. 136) : le patient, blessé par une balle à la cuisse au combat de Nuits, vit apparaître « un ulcère superficiel occupant le dos de la première et de la seconde phalange du gros orteil ». Duplay cite un fait à peu près analogue après un coup de feu; Charcot (article SCIATIQUE du *Dictionnaire encyclopédique*) en analyse d'autres de Trélat, de Heurtaux. Nous avons pu observer sur notre malade deux autres phénomènes qui doivent être rangés parmi les troubles trophiques : un œdème tremblotant se localisant à la région anesthésiée et, plus tard, un durillon fort épais qui occupait tout le talon.

Possibilité d'atteindre l'utérus gravide et même le fœtus par l'échancrure sciatique, innocuité du traumatisme, absence de lésions ou tout au moins de complications graves du côté des vaisseaux, section incomplète du sciatique, phénomènes de sensibilité récurrente, troubles trophiques consécutifs : voilà les points que nous voulions faire ressortir dans notre observation.

Communication.

Hypertrophie congénitale du pied à forme lipomateuse,

par M. Duplouy (de Rochefort).

J'ai l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie l'observation d'un fait très rare d'hypertrophie congénitale du pied à forme lipomateuse, pour laquelle j'ai été conduit à retrancher l'avant-pied chez une enfant de 5 ans.

La petite fille, fort bien constituée du reste, appartient à des parents sains et robustes; dès la naissance on s'aperçut que le pied gauche était plus volumineux que l'autre et que les trois premiers orteils dépassaient de beaucoup le volume ordinaire. La disproportion resta sensiblement la même jusqu'à l'âge de 15 mois, puis elle s'accusa plus fortement dès les premiers essais de marche et dès lors elle ne fit que s'accroître; l'avant-pied s'est transformé en une sorte de massue de laquelle émergent en avant le gros orteil puis le deuxième et le troisième, très volumineux, déformés et contournés, presque accolés entre eux et séparés du premier par une surface arrondie; du côté de la face plantaire se voit un énorme coussinet graisseux; les deux derniers orteils atrophiés, filiformes ont été rejetés sur le dos du pied par le refoulement progressif de la masse lipomateuse. L'enfant a pu réussir jusqu'en ces derniers temps à marcher exclusivement sur le talon, mais il ne lui est plus possible depuis quelques mois de supprimer instinctivement l'avant-pied; cette masse informe bute, malgré ses efforts, contre le sol et rend la marche extrêmement difficile. Pas de douleur, du reste, mais la gêne fonctionnelle légitime pleinement l'intervention chirurgicale. L'hypertrophie lipomateuse ne paraît guère s'étendre en arrière de l'interligne de Lisfranc; elle porte sur tous les tissus et on ne saurait songer à l'énucléation pure et simple de la masse lipomateuse plantaire. Désirant conserver au pied la plus grande longueur possible, j'ai fait choix de la désarticulation tarso-métatarsienne, me réservant d'enlever après la désarticulation les prolongements graisseux qui pourraient se porter en arrière de la ligne articulaire ou les os du tarse qui me paraîtraient avoir subi une transformation trop prononcée. Rien de particulier pendant l'opération : je dus tailler tout d'abord un lambeau plantaire exclusivement cutané, et, après avoir ouvert les articulations lilliputiennes des deux derniers métatarsiens, je pénétrai entre les surfaces gigantesques des trois autres; je trouvai les métatarsiens raréfiés, graisseux et facilement sécables, puis trouvant les deux premiers cunéiformes un peu suspects, je me décidai à les sacri-

fier; j'amenai également une masse lipomateuse qui s'était glissée sous le tarse au côté interne, à trois centimètres environ de la ligne de désarticulation.

L'artère pédieuse m'a paru un peu forte, les plantaires n'avaient rien d'exagéré; le nerf plantaire interne a semblé plus volumineux que d'habitude à M. le professeur Rouvier, qui m'assistait pendant cette opération. Le lambeau plantaire qui avait été taillé à profit fut relevé contre les surfaces osseuses, un drain fut placé à sa base et on appliqua dix points de suture ; la guérison a été fort rapide. Opérée le 7 avril, l'enfant était guérie le 25. Comment se fera la marche? Je compte beaucoup sur l'habitude qu'avait prise la petite malade de marcher sur le talon, et j'espère aussi que, grâce à la longueur que j'ai pu conserver, je n'aurai pas de renversement du talon et qu'il me suffira de loger un avant-pied en liège dans une bottine ordinaire pour masquer la mutilation. Cette difformité, qu'on ne peut guère désigner autrement que sous le titre d'hypertrophie congénitale lipomateuse, rentre dans les faits de macrodactylie dont M. Polaillon a fait l'histoire complète pour la main dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Moins connue pour ce qui est du pied, elle démontre une fois de plus les analogies pathologiques qui existent entre le pied et la main.

Discussion.

M. Trélat. Les véritables lipomes du pied et de la main sont très rares. J'en ai observé, il y a trois ou quatre ans, un cas : c'était un lipome du médius, mais je n'ai pu en trouver que de rares observations publiées.

La tumeur pour laquelle M. Duplouy a pratiqué l'amputation ne me paraît pas rentrer dans la catégorie des lipomes véritables. C'est plutôt une lipomatose du pied, et ce fait se rattache à ceux que j'ai, dans un travail qui m'est commun avec M. Monod et qui date de 1871, étudiés sous le titre d'*hypertrophie unilatérale du corps*. Les faits que nous avons réunis dans ce travail sont très curieux et se présentent sous des apparences très diverses : tantôt, il s'agit de grosses monstruosités occupant tout un membre et plus encore ; tantôt, il n'y a qu'une tumeur de dimensions très minimes. On trouve, dans le tissu cellulaire, les transformations indiquées, il y a quarante ans, par Bickersteth. Ces transformations sont d'origine *télangiectasique*, et l'observation de M. Duplouy pourrait être intitulée : *Lipomatose congénitale du pied d'origine télangiectasique.*

Je pense, d'ailleurs, que M. Duplouy a, pour le traitement, pris la meilleure détermination.

M. Polaillon. Il y a quelques années, j'ai enlevé à un homme d'une quarantaine d'années une tumeur piriforme du dos du pied, qui siégeait sur le trajet du tendon de l'extenseur propre du gros orteil.

L'étiologie et l'anatomie pathologique de l'hypertrophie des membres sont peu connues.

Je pense, comme M. Trélat, qu'elle est d'origine télangiectasique. Mais ce n'est pas une télangiectasie veineuse; c'est une télangiectasie des capillaires. Après la naissance, les tissus se chargent de graisse et deviennent lipomateux. A la puberté, on voit quelquefois l'hypertrophie prendre un développement énorme et l'on observe alors ces faits dont les auteurs anciens ont donné la relation et que l'on voit assez fréquemment dans l'Inde, faits dans lesquels les membres inférieurs ont l'aspect de pieds d'éléphant et empêchent presque tout mouvement.

Lorsqu'on pratique une opération dans les cas analogues à celui de M. Duplouy, il faut avoir bien soin de tout enlever; sans cela on s'expose à voir survenir une récidive.

M. Gayet. En 1865, si je ne me trompe, j'ai envoyé à la Société de chirurgie un mémoire dans lequel j'avais réuni cinq observations de l'affection qui nous occupe. Ce mémoire fut malheureusement égaré, et M. Verneuil ne put faire de rapport sur ces faits.

J'avais, à cette époque, vu deux malades, et depuis j'en ai observé un troisième. De ces deux premiers malades, l'un avait un membre inférieur atteint; l'autre, à la fois un membre inférieur et un membre supérieur.

Dans les faits de ce genre; il y a toujours une malformation des articulations et même des os. Les pieds, chez mes malades, étaient flasques comme des pieds de polichinelle. J'ai vu une jeune fille qui, à cause de cette disposition, en était arrivée à marcher sur l'extrémité inférieure de son tibia.

Mais je ne crois pas à l'origine télangiectasique de ces hypertrophies. Je n'ai fait qu'une seule fois l'autopsie; l'affection portait sur la tête et occupait toute une moitié de la face, dont le volume avait doublé; il y avait en outre d'énormes tumeurs, remarquables par leur flaccidité. L'articulation temporo-maxillaire était très relâchée.

Fait intéressant à noter, deux des malades sont morts de sarcomes; l'un, âgé de 20 à 30 ans, a eu un sarcome du cubitus; l'autre, femme à peu près du même âge, un sarcome de la table interne des os du crâne. Les tumeurs étaient indépendantes des parties atteintes par l'hypertrophie.

M. Trélat. M. Gayet n'accepte pas l'origine télangiectasique de

l'affection qui nous occupe. Cependant je ne vois pas quelle autre origine on peut invoquer. Les lésions d'ailleurs sont extrêmement variables, par leur étendue surtout. Nous avons vu tout le corps être atteint par la transformation hypertrophique, et, pour expliquer ces faits, nous avons admis un désordre primitif du système nerveux.

Du reste, le point de départ de nos recherches avait été l'observation d'un malade atteint d'une simple hypertrophie d'un doigt.

La laxité des articulations existe dans certains cas, mais on ne peut pas dire qu'elle soit habituelle.

M. Gayet paraît établir une certaine relation entre les lésions qu'il a décrites et le développement du sarcome. Nous n'avons pas noté cette coïncidence dans les observations que nous avons réunies, et je pense qu'on peut concevoir l'apparition du sarcome chez les individus atteints d'un tératome quelconque, parce que les tissus anormalement constitués sont plus prédisposés que d'autres aux néoplasmes.

M. Terrillon. Dans le numéro du *British Medical Journal* qui vient de paraître, je vois que M. Lockwood a présenté une tumeur graisseuse du pied, congénitale, ayant des analogies avec celle de M. Duplouy. Il distingue, à ce propos, ces tumeurs en celles de la plante du pied qui ne seraient pas encapsulées et celles qui siègent près de la malléole et qui seraient entourées d'une capsule. Les premières n'auraient rien de malin.

M. Duplouy. Je suis parfaitement d'avis que la tumeur que j'ai enlevée n'était pas un lipome pur. L'étude de la pièce m'a montré que l'artère pédieuse était un peu volumineuse, mais les artères plantaires étaient normales. L'examen histologique pourrait seul permettre de reconnaître s'il y avait des restes de télangiectasie, mais je crois pouvoir affirmer qu'il n'y avait pas de sarcome.

Communication.

Hernie crurale étranglée chez un homme assez jeune. — Opération. — Phlegmon gangreneux diffus amenant la mort en quelques heures,

Par M. Pamard (d'Avignon).

André Boutier, 53 ans, cultivateur dans la banlieue d'Avignon, se présente à ma consultation à l'hôpital le 28 novembre au matin. Cet homme, que je connais depuis longtemps, est grand, sec et vigoureux; il a des habitudes de sobriété et de travail; il se nourrit convenable-

ment, a une certaine aisance; son logement est sain. Il a encore son père, qui a plus de 80 ans ; sa mère est morte il y a peu d'années.

Il porte une hernie crurale du côté droit, qui est irréductible : la tumeur est petite, marronnée, sonore; le début de l'étranglement remonte à vingt-quatre heures, c'est à-dire au 27, à neuf heures du matin.

Le malade est reçu immédiatement. On fait quelques tentatives de taxis, après avoir donné le chloroforme; elles sont inutiles ; malgré le peu d'intensité des phénomènes soit généraux, soit locaux, je procède séance tenante à l'opération.

Les précautions antiseptiques les plus rigoureuses ont été prises : la partie ayant été préalablement rasée, est lavée avec l'eau et le savon, puis avec de l'eau phéniquée à 5 0/0. L'opération est faite sous le spray phéniqué.

Incision parallèle au pli de l'aine : le sac est très superficiel ; il est ouvert avec les précautions usitées ; il contient une petite quantité de sérosité rougeâtre, et une anse intestinale complète, fortement congestionnée, de couleur uniformément rouge sombre.

Après avoir débridé l'anneau crural, qui est l'agent d'étranglement, sur deux ou trois points en haut et en dedans, j'attire au dehors l'anse intestinale étranglée; elle ne présente aucune altération, ni perforation, ni sillon de constriction. Elle est lavée avec de l'eau phéniquée forte et chaude, puis réduite.

Sur la face interne du sac existaient trois ou quatre vésicules, ayant les dimensions de petites lentilles, qui contenaient de la sérosité; celle-ci, vue à travers la paroi épithéliale soulevée, avait une couleur noirâtre. Le sac a été aussi lavé à plusieurs reprises avec l'eau phéniquée forte et chaude.

Une portion du sac est excisée ; le reste est fermé par une suture profonde, qui le réunit en même temps au pourtour de l'anneau; un drain est placé au-dessus ; la plaie cutanée est réunie par une suture entrecoupée. Pansement de Lister rigoureux.

La journée est bonne : pas de fièvre, pas de température. Il en est de même le lendemain à la visite.

Peu après, le malade se plaint d'éprouver du côté de la plaie une douleur vive avec tension. Le pouls s'accélère, le thermomètre est à 40°.

Tous ces phénomènes augmentent rapidement d'intensité; l'opéré se plaint de plus en plus d'être trop serré dans son bandage. A quatre heures le délire commence. Une rougeur diffuse dépasse les limites du spica, tant sur la cuisse que sur l'abdomen.

Tous ces phénomènes s'aggravent de plus en plus pendant la nuit, et, en arrivant pour faire ma visite le 30 au matin, je suis très étonné d'apprendre que mon opéré vient de mourir, moins de quarante-huit heures après l'intervention chirurgicale.

A l'autopsie, gonflement s'étendant à la cuisse droite, à l'estomac, et remontant jusqu'à la paroi thoracique ; la peau a une teinte rouge brunâtre ; crépitation à la pression des tissus sectionnés, il s'écoule un liquide brunâtre rempli de bulles de gaz. Le même liquide s'écoule de la plaie opératoire.

C'est un cas type de septicémie aiguë, caractérisée par l'apparition d'un phlegmon gangreneux diffus, ayant rayonné autour de la plaie.

Le péritoine est sain; l'anse réduite est facilement reconnaissable; elle est perméable ; ses parois ne sont nullement altérées.

Je me suis trouvé là en présence d'un fait d'auto-inoculation à marche singulièrement foudroyante.

L'agent infectant a certainement été le liquide contenu dans les vésicules, que l'on trouvait à la paroi interne du sac.

Quelle était la nature de ce liquide? Quelle cause en avait amené la formation? Je l'ignore ; mais j'avais été frappé de la présence de ces vésicules et de leur apparence singulière, qui se rapprochait de celle présentée par les vésicules qui siègent parfois sur une jambe tuméfiée et fracturée. Je n'hésite pas à les accuser de la septicémie foudroyante qui a enlevé notre malade, alors que l'antisepsie avait été observée de la façon la plus rigoureuse. Dans un cas analogue, je n'hésiterais pas à les détruire avec le cautère actuel.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Je désirerais savoir si M. Pamard a pansé son opéré le lendemain de l'opération?

M. Desprès. Bien que j'aie eu l'occasion d'opérer des malades qui présentaient tous les désordres imaginables par suite du taxis auquel ils avaient été soumis en ville, je n'ai jamais observé d'accidents semblables à ceux auxquels a succombé l'opéré de M. Pamard.

Tout récemment j'ai opéré d'une hernie crurale un vieillard très âgé qui est arrivé à pied à l'hôpital, mais vomissant depuis deux jours des matières fécaloïdes. Il avait subi, à plusieurs reprises, en ville, des tentatives énergiques de taxis. L'opération m'a fait voir un sac rempli de sang, avec les veines des parois dilatées; l'épiploon était gangrené ; je l'ai excisé. Mais le péritoine était intact et j'ai pu réduire l'intestin. Je n'ai, d'ailleurs, il est inutile de le dire, pas employé le pansement de Lister.

Au second jour, j'ai constaté une réunion de la plaie dont j'ai immédiatement écarté les lèvres avec le doigt, afin de permettre l'écoulement des liquides. La plaie a suppuré pendant quinze jours. Aujourd'hui le malade se lève.

Je considère la réunion par première intention comme mauvaise après la kélotomie. On obtient plus de succès lorsqu'on ne cherche pas la réunion.

Dans le fait de M. Pamard, il se peut que l'acide phénique ait eu

une influence fâcheuse, et je ne sais si les urines ont été examinées de manière à constater si elles n'offraient pas de coloration noire.

M. Trélat. Le malade de M. Pamard est mort moins de quarante-huit heures après l'opération, et M. Pamard nous apprend que les accidents n'ont commencé que le lendemain du jour où il a été opéré. Puisque, à ce moment, on a constaté de la tuméfaction qui dépassait les limites du pansement, pourquoi ne pas avoir enlevé le pansement ?

Il y a eu évidemment infection, qu'elle vienne de la plaie elle-même ou d'une autre source. En enlevant le pansement, il eût peut-être été possible d'agir utilement sur la plaie, par exemple de la cautériser ?

M. Pamard. Je n'hésite pas à dire que l'infection a pris naissance dans la plaie, et je lui assigne pour origine ces vésicules distendues par du liquide dont j'ai signalé le développement à la face interne du sac.

Présentation de malade.

M. Polaillon. Dans la discussion qui a eu lieu récemment sur le traitement des kystes hydatiques du foie, plusieurs membres de la Société ont préconisé l'ablation de ces kystes par la laparotomie.

Je suis partisan de cette opération pour les kystes exceptionnellement volumineux. Mais j'ai soutenu que, pour les kystes de moyen volume, le traitement par la ponction avec un très gros trocart et par les lavages antiseptiques me semblait préférable. Je viens aujourd'hui présenter un malade que j'ai traité et guéri par la ponction. Le résultat de l'opération, qui n'a laissé qu'une petite cicatrice punctiforme, me paraît supérieur à celui que donne la laparotomie, même la mieux réussie.

Voici, d'ailleurs, l'observation de ce malade :

Kyste hydatique du foie traité par la ponction et le drainage. Guérison, par M. Polaillon.

(Observation recueillie par M. Duchou Doris, interne du service.)

Le nommé Remy V..., âgé de 32 ans, entré le 18 septembre 1885 dans mon service à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 26, a toujours été un peu chétif; peu de maladies sérieuses cependant; fièvre typhoïde dans l'enfance à l'âge de 6 ans et scarlatine à l'âge de 16 ans. C'est actuellement un homme de taille moyenne, maigre, les cheveux un peu

grisonnants, le caractère très porté vers l'hypochondrie, il tousse un peu depuis très longtemps et il s'est cru tuberculeux.

Jusqu'à 15 ans, il a habité la campagne, en Normandie ; il était chasseur et avait des chiens de chasse ; ensuite il a habité alternativement Paris et la campagne ; il y a 7 ans seulement qu'il s'est fixé à Paris.

En cherchant dans ses souvenirs, le malade se souvient qu'en 1879 il a eu pendant deux ou trois jours de violentes douleurs à l'épigastre; deux ans après il a encore eu des crises douloureuses de ce genre; pendant environ quinze jours, il ne s'est pas autrement préoccupé de cet accident.

Au mois de mars de l'année dernière 1884, nouvelles douleurs toujours à l'épigastre. Le malade maigrissait rapidement et cependant son ventre augmentait de volume; il consulta un médecin qui diagnostiqua un kyste hydatique du foie.

Un mois après, il entra dans le service du professeur Richet, qui, après avoir hésité entre un foie syphilitique et un kyste hydatique, conclut à cette dernière lésion et lui proposa de le traiter par la méthode de Récamier. Le malade quitta alors l'Hôtel-Dieu, et alla voir un médecin qui diagnostiqua un foie syphilitique et institua un traitement; 50 jours de traitement n'ayant eu aucune action, il entra dans le service de M. Polaillon, à la Pitié, où il fut diagnostiqué kyste hydatique, au mois d'août. Le malade ne pouvant entrer à ce moment, a été admis le 18 septembre.

21 *septembre.* Le malade est ponctionné avec l'aspirateur Dieulafoy; rien ne sort de la tumeur, qui est cependant volumineuse ; l'aiguille est retirée, elle ne contient qu'un peu de sang.

29 *septembre.* Nouvelle ponction avec une aiguille plus grosse; on retire un peu de pus et un fragment de membrane qui a tous les caractères d'une hydatide.

Le 8 *octobre.* Ponction avec un gros trocart qui mesure 1 centimètre de diamètre sur environ 20 centimètres de long; issue d'une grande quantité de liquide purulent et de quelques membranes hydatiques, mais le tube est bientôt bouché; on introduit alors la canule du laveur, et on injecte de l'eau phéniquée qui ressort par le tube, mais les hydatides l'obstruent bientôt; on se sert alors d'un aspirateur Potain, dont le tube en caoutchouc pénètre à frottement dans le trocart, le vide, aspire les hydatides qui bouchent le tube, mais y restent adhérentes, de sorte qu'en retirant le tube on pêche les hydatides. Cette petite manœuvre souvent renouvelée, et interrompue par des injections phéniquées dans la poche, permet de retirer un grand nombre d'hydatides. On pèse la quantité obtenue; elle est de 220 grammes; la séance est peu douloureuse. Il n'y a un peu de douleur que lorsqu'on injecte une certaine quantité de liquide dans le kyste. Pansement phéniqué. Température, le matin 36°,8, le soir 37°.

9 *octobre.* Le trocart a été laissé en place pendant vingt-quatre heures, un peu de douleur. Fièvre légère, 38°,2-38°,4. On recommence les manœuvres de la veille avec un succès presque égal; la quantité retirée est de 210 grammes.

Le trocart est retiré, remplacé par un tube en caoutchouc rigide qui mesure 25 centimètres de long. Pansement phéniqué. Température 37°,6-38°,2.

11 *octobre*. On défait le pansement. Toutes les recherches pour trouver le tube en caoutchouc précédent sont infructueuses ; il est sans doute perdu dans l'abdomen. On remplace le tube par un gros drain. On fait des injections dans la poche. On fait tousser le malade. On recommence à pratiquer l'aspiration, et on retire ainsi 80 grammes d'hydatides. Température 37°,6-38°,2.

12 *octobre*. Pansement. On retire des hydatides. Température 37°,2-37°,8.

13 *octobre*. Pansement. Lavages. Hydatides. Température 37°,-38°.

14 *octobre*. Pansement. Lavages. Hydatides. Température 37°,4-38°,4.

15 *octobre*. Lavages boriqués. Hydatides. Température 37°,4-38°,2.

16 *octobre*. Le lavage amène une très grande quantité d'hydatides. Elle est évaluée à 30 grammes. Température 37°,4-38°,4.

17 *octobre*. Lavages boriqués. Le soir, frisson violent, puis période de chaleur et de sueurs. Température, matin 37°, soir 39°,4, à quatre heures et à six heures 38°,4.

18 *octobre*. Lavages boriqués. Sulfate de quinine 0gr,75. Température, matin 37°,2, soir 37°,4.

19 *octobre*. Sulfate de quinine. Lavages boriqués. On retire toujours quelques hydatides. Température 37°,4-37°,6.

20 *octobre*. Nouvel accès. Le sulfate de quinine a été supprimé le matin ; le soir, frisson violent. Chaleur et sueur. Température 37°, soir 39°,2.

21 *octobre*. Pansement. Lavages à l'eau boriquée. Sulfate de quinine. Température 37°,4, soir 37°,6.

22 *octobre*. Sulfate de quinine supprimé ; soir, frisson. Chaleur et sueur. L'accès se passe vers quatre heures, comme les précédents. Température, matin 37°,4, soir 39°,2.

23 *octobre*. Lavages boriqués. La cavité diminue. On retire beaucoup moins d'hydatides, à peine deux ou trois dans la séance. Les pansements n'ont d'ailleurs plus lieu que tous les deux jours. Le malade prend du sulfate de quinine. Température 37°,2-37°,4.

7 *novembre*. Les lavages ont toujours lieu tous les deux jours avec de l'eau boriquée. L'état général du malade est très satisfaisant ; il se plaint seulement de quelques douleurs dans le côté. La cavité de la poche se rétrécit, mais l'orifice par lequel passe le drain diminue encore plus rapidement de volume. On est obligé de le dilater avec une tige de laminaria.

15 *novembre*. L'état du malade est très satisfaisant, bien qu'il soit un peu anémié. On ne fait plus le pansement que tous les trois jours. La cavité diminue beaucoup, cependant on n'en bouche pas encore le fond avec le bout du laveur. Le malade se plaint de quelques douleurs dans le côté droit. La température oscille autour de 37°.

21 *novembre*. Très bon état. Le malade, depuis quelque temps déjà, se lève dans la journée et se promène dans la salle. On fait des

lavages à l'eau phéniquée, qui sont sans inconvénient, vu la diminution de capacité de la poche.

3 *décembre*. Le fond de la poche pouvant être atteint, quelques tentatives sont faites avec une longue pince, pour retrouver le tube égaré, elles restent infructueuses.

7 *décembre*. Les tentatives sont renouvelées avec une longue pince et le tube est retiré en parfait état de conservation.

10 *décembre*. Le malade, qui, depuis quelques jours, sortait de la salle pour aller au jardin, demande à aller chez lui. Il reviendra se faire panser. La cavité est maintenant très réduite; il ne sort presque plus de pus. La guérison complète ne sera probablement pas longue à obtenir.

Dans le courant d'avril 1886, l'opéré revient dans le service, et nous constatons qu'il est complètement guéri.

Communication.

Décortication du doigt annulaire,

Par M. Louis THOMAS (de Tours).

Le 18 décembre 1885, à onze heures du soir, M. de V... rentrant chez lui et trouvant sa maison fermée, résolut d'escalader une porte de fer, mesurant une hauteur de $2^m,50$ environ et surmontée par des fers de lance. Il appliqua une échelle le long d'un des piliers en maçonnerie de la porte, puis, monté sur celui-ci, il saisit avec chaque main un des fers de lance de la porte et se laissa glisser du côté opposé. Dans ce dernier temps, la pointe d'un des fers de lance s'engagea sous l'anneau que portait M. de V... au doigt annulaire gauche. Il resta un instant suspendu, puis tomba à terre ayant éprouvé au niveau du doigt une douleur modérée, la sensation d'une simple écorchure. Rentré dans son appartement, il constata que son doigt était complètement dénudé depuis sa racine jusqu'à son extrémité. Il me fit demander, ainsi que le Dr Gaubert, médecin-major, qui, vu la proximité de son domicile, arriva avant moi près du blessé.

Je ne vis M. de V... qu'à minuit et demi, c'est-à-dire une heure et demie après l'accident. Je trouvai le doigt annulaire dans l'état suivant : la peau avait été divisée circulairement au niveau de la racine du doigt ; la section était aussi nette que si elle eût été pratiquée avec un instrument tranchant. Dans toute son étendue, le doigt était dépouillé, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané avaient été enlevés; il était simplement réduit au squelette et aux tendons recouverts de leurs gaines aponévrotiques. C'était une dissection véritable et très nette des gaines fibreuses des tendons fléchisseurs, du tendon extenseur et de ses expansions aponévrotiques. Le squelette, les articula-

tions, les tendons étaient intacts et le doigt jouissait de mouvements de flexion et d'extension. L'écoulement sanguin, assez peu abondant au moment de l'accident, était complètement suspendu lorsque je vis le blessé.

En attendant mon arrivée, le Dr Gaubert avait eu l'idée de se rendre sur le lieu de l'accident pour voir s'il ne trouverait pas quelques lambeaux des téguments du doigt. Après avoir vainement cherché à terre, il aperçut, fixé à l'extrémité de l'un des fers de lance de la porte, l'anneau du blessé surmonté des téguments du doigt. Il les lava et les plaça dans de l'eau tiède phéniquée au centième.

Ces téguments étaient absolument intacts, représentant un véritable doigt de gant coupé à sa racine, si bien que lorsqu'on me le présenta, lors de mon arrivée, avant que j'eusse vu le blessé, et ignorant encore les circonstances de l'accident, je crus à une section complète du doigt. C'est en saisissant la partie détachée que je reconnus que le squelette et les tendons faisaient défaut et qu'elle était exclusivement composée par la peau doublée du tissu cellulaire sous-cutané. Il n'existait sur la peau aucune déchirure ou excoriation, excepté en avant, au niveau de la section circulaire, où on constatait une petite déchirure intéressant l'épaisseur du derme, dirigée suivant l'axe du doigt et longue d'un demi-centimètre. La peau était blanche comme de la cire.

Je lavai le doigt annulaire avec la solution phéniquée au centième, puis je l'introduisis dans sa gaine cutanée, ce qui s'accomplit sans difficulté, et je fixai celle-ci par deux points de suture, l'un antérieur, l'autre postérieur. Je saupoudrai avec la poudre d'iodoforme composée de Lucas-Championnière, entourai le doigt de gaze iodoformée et enveloppai d'une couche épaisse d'ouate toute la main, que je fixai sur une planchette à l'aide d'un bandage roulé.

La douleur assez vive qu'éprouvait le blessé avant le pansement s'apaisa presque immédiatement et il dormit d'un sommeil calme jusqu'au lendemain matin.

La 24 décembre, cinquième jour après l'accident, je renouvelai le pansement. Le doigt présentait sur toute sa face dorsale, excepté au niveau de la première phalange, une teinte brun foncé. La peau n'était pas flétrie et paraissait adhérer aux parties profondes. Sur les faces latérales du doigt, de la sérosité roussâtre soulevait l'épiderme, que j'excisai. Le derme sous-jacent présentait une coloration brune. A la face palmaire, au niveau de la première phalange seulement, la peau avait presque sa coloration normale. Dans le reste de son étendue elle présentait la même coloration brune que les faces dorsale et latérales. Le même pansement fut réappliqué.

Le 29 décembre, nouveau pansement, même état.

Le 2 janvier, la phalange unguéale est noire, dure, raccornie. Au niveau de la deuxième phalange, la coloration est la même, mais il n'existe pas de raccornissement. La peau qui recouvre la première phalange est blanche et paraît douée de vitalité.

Le 15 janvier, je constate au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange des bourgeons charnus au-dessous de la

gaine cutanée noire et sphacelée. Celle-ci est excisée jusque vers le milieu de la seconde phalange, point où cessent les bourgeons charnus.

Les jours suivants un sillon d'élimination apparaît à ce niveau ; le squelette du doigt est dénudé. Je fais d'un coup de pince de Lister l'ablation de la partie mortifiée du doigt. La section qui porte sur la partie osseuse mortifiée correspond au milieu de la deuxième phalange. La cicatrisation s'opère rapidement ensuite, mais il reste encore, aujourd'hui 3 avril, à l'extrémité du moignon une pointe osseuse nécrosée qui n'est pas détachée.

Dans ce fait la dénudation ou la décortication du doigt s'est effectuée suivant le mécanisme suivant : au moment où le blessé a sauté, tenant, dans chaque main, un de fers de lance qui surmontent la porte, l'extrémité de celui qu'il tenait de la main gauche s'est engagée entre le doigt annulaire et la bague que portait ce doigt. Cette bague était une bague dite chevalière dont l'anneau était très épais. Elle fut assez solide pour supporter le blessé, dont le poids était accru par l'élan qu'il s'était donné en sautant. Il resta ainsi suspendu un instant très court, mais pendant cet instant la constriction exercée par la bague fût toujours croissante par suite de la forme triangulaire du fer de lance qui s'engageait plus profondément sous l'anneau. La peau fut sans doute divisée d'abord en avant par la pointe du fer de lance, puis la section circulaire fût complétée par le bord tranchant de la bague correspondant à la racine du doigt ; au niveau de ce bord la constriction avait atteint son maximum puisqu'il correspondait à la partie la plus évasée du fer de lance, à une partie plus rapprochée de sa base. La peau ainsi divisée circulairement, les adhérences unissant le tissu cellulaire sous-cutané aux gaines fibreuses et au périoste se rompirent successivement de bas en haut et le doigt s'échappa de sa gaine cutanée. Celle-ci était fixée par la bague, et la preuve en est qu'après l'accident on la retrouva retenue par l'anneau au sommet du fer de lance. La confirmation de ce mécanisme se trouve dans la déformation subie par la bague. Elle avait, après l'accident, la forme d'une ellipse, très aplatie sur ses parties latérales et à petite extrémité dirigée en avant, La peau, après sa section, a été retenue par la bague ainsi déformée, qui ne pouvait lui livrer passage, et le squelette s'est pour ainsi dire exprimé à travers cette étroite ouverture.

Lorsque je replaçai le doigt dans sa peau, je ne me faisais pas d'illusion sur cette tentative de greffe ; le long temps écoulé depuis le moment de l'accident, une heure et demie, l'étendue du lambeau détaché, le peu de vitalité des parties sous-jacentes, ne me permettaient guère d'espérer qu'elle réussirait, mais je jugeai que non seulement je pouvais y recourir sans inconvénient, mais encore que la réintroduction du doigt dans son enveloppe cutanée constituait le meilleur mode de pansement. Du reste quelle conduite tenir autrement ? Amputer ? Il eut fallu alors désarticuler la première phalange, et c'est à peine s'il y aurait eu un lambeau suffisant pour recouvrir la tête du métacarpien.

La greffe ne pouvait complètement réussir. Ce n'était pas en effet sur une surface saignante que la partie détachée se trouvait réappli-

quée, mais sur des tissus fibreux très peu vasculaires, ayant même perdu toute vascularité vers l'extrémité du doigt puisque les artères collatérales, comprises dans le doigt de peau détaché, étaient déchirées. La nutrition de la partie greffée se trouvait compromise, ainsi que celle du squelette, qui s'est, du reste, en partie mortifié.

Malgré ces conditions défavorables, la greffe a réussi partiellement et je m'estime heureux du résultat obtenu. Le blessé a guéri avec une mutilation moindre que si la peau n'eût pas été réappliquée, et à plus forte raison que si, renonçant à toute tentative de conservation, on eût amputé au moment de l'accident.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 5 mai 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° M. le Dr Raymondaud, directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Limoges, invite la Société à vouloir bien se faire représenter au Congrès régional qui sera tenu dans cette ville, du 31 mai au 5 juin prochain. M. le Dr Cruveilhier est désigné pour représenter la Société ;

3° *Des conditions et des modes de l'intervention chirurgicale pendant l'expédition du Tonkin* (1883-1885), par le Dr H. Nimier, médecin-major de 2e classe;

4° M. le Dr Schwartz prie la Société de vouloir bien l'inscrire sur la liste des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante ;

5° M. Pozzi, envoyé en mission scientifique, demande un congé d'un mois (renvoi à la commission);

6° M. le Dr Rohmer, agrégé à la Faculté de Nancy, offre à la Société la thèse de M. Beaucard, sur le *Cathétérisme rétrograde;* deux *Observations de cathétérisme rétrograde* déjà publiées; enfin une *Observation de kyste hydatique de la face inférieure du foie traité par une large ouverture* (M. Berger, rapporteur);

7° M. le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer) envoie une note sur l'*Emploi du chloroforme dans la trachéotomie* (commissaire : M. Le Dentu).

Rapport.

Transplantation chez l'homme d'un tendon emprunté à un chien. — Guérison avec rétablissement partiel de la fonction, par M. Peyrot.

Rapport par M. Charles Monod.

La remarquable observation que M. Peyrot est venu nous lire dans l'une de nos dernières séances, et dont j'ai été chargé de vous rendre compte, peut se passer de longs commentaires.

Rien de brutal comme un fait, dit-on ; rien de plus éloquent aussi. M. Peyrot se trouvant en présence d'une section ancienne des tendons fléchisseurs du médius, et reconnaissant qu'il ne pouvait dans ce cas mettre en œuvre aucun des nombreux procédés de restauration tendineuse conseillés jusqu'alors, se décida à tenter la transplantation chez son blessé d'un fragment de tendon emprunté à un chien.

La tentative a réussi en ce sens que le fragment transplanté ne s'est pas exfolié, et que l'on doit admettre qu'il s'est définitivement uni aux deux extrémités du tendon divisé. Mais le rétablissement fonctionnel a été imparfait; le doigt a recouvré quelques mouvements de flexion, mais ne peut être amené au contact de la paume de la main. Le tendon du fléchisseur est devenu du moins capable de résister à l'action prédominante des extenseurs, et, par ce fait seul, l'infirmité du blessé est devenue moindre.

Le point capital que cette observation met en relief est la possibilité de la greffe tendineuse chez l'homme. Les expériences de Gluck[1] en Allemagne, celles plus récentes d'Assaky[2] et de Fargin[3]

[1] Voir mon rapport sur une observation de M. Schwartz (*Bullet. de la Soc. de Chirurgie*, 20 et 27 mai 1885).

[2] Assaky, *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 6 novembre 1885.

[3] Fargin, Ténorrhaphie et Greffe tendineuse (*Thèse de Paris*, 1885, n° 25).

en France, avaient montré que cette tentative pouvait aboutir chez les animaux.

Jamais elle n'avait été faite chez l'homme.

On ne saurait évidemment tirer du fait jusqu'ici unique de M. Peyrot des conclusions générales.

Je doute pour ma part que la greffe tendineuse qui a réussi chez les animaux, mais dans des conditions particulièrement favorables (tendon d'Achille), donne chez l'homme, pour les tendons privés de gaine, tels que les extenseurs des doigts, qui sont le plus souvent atteints, le même heureux résultat.

Les occasions de renouveler cet essai se représenteront sans doute bientôt, et montreront si les réserves que je crois devoir faire sont ou non justifiées.

L'observation de M. Peyrot méritait du moins d'être tout particulièrement signalée à votre attention.

Je vous propose donc de l'insérer intégralement dans nos *Bulletins*, et d'adresser nos remerciements à son auteur.

Quoique les faits récents de greffe oculaire aient dépassé tout ce qu'il semblait permis de prévoir en fait de transplantation des animaux à l'homme, l'observation qui suit conserve encore un certain intérêt. C'est la première fois, croyons-nous, qu'on a tenté de réparer avec un fragment de tendon pris chez un animal la perte de substance éprouvée par un tendon humain. Le résultat de cet essai est, comme on le verra, des plus encourageants.

OBSERVATION.

Le jeune Penné (Gustave), teinturier, âgé de 14 ans, est entré le 15 octobre 1885 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Richet, que je suppléais à ce moment.

Il a fait, il y a six mois, une chute sur un morceau de verre, et s'est blessé au niveau de la face palmaire de la première phalange du médius gauche, un peu au-dessous du niveau du pli de flexion.

La plaie était transversale, nette, profonde. Elle guérit en quelques jours; mais, depuis l'instant où elle s'est produite, Penné est dans l'impossibilité de fléchir le médius. Ce doigt est dans un état d'extension permanente; toutes les phalanges commencent à subir un léger degré de renversement en arrière; la troisième, en particulier, forme un angle notable avec le plan prolongé de la deuxième. Si l'on invite le malade à fléchir ce doigt, il peut, par l'intermédiaire de ses interosseux, agir sur la première phalange, et la ramener vers la paume de la main; mais la phalangine et la phalangette ne font aucun mouvement. Elles restent toujours étendues sur la première phalange. Lors-

que la main est au repos, les doigts se mettent dans la flexion légère, sauf le médius, qui est toujours dans l'extension forcée. Le malade se plaint de ce qu'il va sans cesse heurter tous les objets avec ce prolongement inflexible. Il se trouve de ce fait très gêné dans son travail, et me demande de le guérir de cette espèce d'infirmité.

L'examen du doigt malade montre bien, ce que l'on pouvait tout d'abord supposer, qu'il s'agit d'une section complète des tendons fléchisseurs sublime et profond.

En déprimant la peau au niveau de la première phalange, on sent nettement l'os sans interposition d'aucun tendon. Au niveau de la deuxième phalange, on trouve un nodule assez volumineux qui est sans doute fourni par la réunion secondaire du bout périphérique des fléchisseurs soudé avec la gaine. Enfin, dans la paume de la main, à la hauteur du pli de flexion des trois derniers doigts, on perçoit un second nodule à peu près semblable au premier, et qui correspond sans doute à l'extrémité inférieure du bout central des tendons rétractés.

La distance qui séparait ces nodules était de plus de 4 centimètres. Étant données cette distance et l'ancienneté de la lésion, je ne pouvais songer à faire la suture directe des deux bouts. Il ne pouvait être ici question de suture par anastomose. Je pensai un moment à profiter de l'union probable des deux bouts périphériques des tendons fléchisseurs, pour désinsérer un de ces tendons et le ramener de bas en haut, de manière à aller unir l'extrémité inférieure désinsérée au bout supérieur rétracté. Mais si je prenais le fléchisseur sublime, il me donnait trop peu de longueur, et si je choisissais le fléchisseur profond, je laissais la phalangette dans l'extension. Je me décidai donc à tenter la greffe tendineuse en empruntant à un chien le fragment de tendon destiné à combler l'espace qui existait entre les bouts du tendon sectionné. L'opération fut pratiquée le 30 octobre 1885, en présence et avec l'aide de M. Fargin, qui préparait à ce moment la remarquable thèse sur la greffe tendineuse qu'il a soutenue en 1885. Une incision longitudinale occupant le milieu de la face palmaire du médius et remontant à 2 centimètres sur la paume de la main permet d'aller à la recherche des extrémités des tendons sectionnés. Le bout périphérique correspond bien au nodule dont nous avons parlé; il est aisément découvert, mais la recherche du bout central présente plus de difficulté. Là où on croyait sentir un nodule semblable à celui du doigt, on ne trouve qu'une portion de la gaine absolument vide.

Il faut prolonger l'incision palmaire de 2 centimètres vers le haut pour arriver sur les extrémités tendineuses, amincies, d'aspect cicatriciel, soudées ensemble et à la gaine. On ne les découvrit qu'après avoir comprimé de haut en bas, avec une bande de caoutchouc, les muscles de l'avant-bras. Les tendons furent libérés des deux côtés; j'incisai dans toute sa longueur ce qui restait de la gaine fort amincie dans la paume de la main, à peu près absente au niveau du médius. J'eus seulement soin de laisser au niveau de la tête du métacarpien un pont fibreux transversal destiné à servir de poulie de réflexion.

Une portion d'un tendon fléchisseur de la patte de derrière long de

33 millimètres fut à ce moment pris rapidement sur un jeune chien de petite taille. Je l'engageai sous le pont fibreux que j'avais conservé, et je le réunis au moyen de trois points de catgut aux deux extrémités tendineuses que j'avais dégagées chez mon malade.

Suture par étage de la plaie.— Un premier rang de sutures au catgut est placé sur les parties fibreuses pour tenter de reconstituer la gaine; un second porte sur la peau.

Inutile de dire que les plus minutieuses précautions antiseptiques avaient été prises pendant l'opération ; après la réunion, le pansement consiste dans l'application de gaze iodoformée. La main était placée, ainsi que le doigt, dans la flexion légère.

Les suites de l'opération sont des plus favorables. La température ne s'élève pas dans l'aisselle au delà de 37°,2. Aucune douleur. Le pansement est défait pour la première fois le 10 novembre, onze jours après l'opération. On est surpris de voir que la peau n'est pas parfaitement réunie. La suture superficielle a cédé par places ; cependant on ne voit point le tendon greffé, et il n'y a pas de suppuration.

16 *novembre*, 2e pansement. La réunion n'a pas fait beaucoup de progrès ; mais il n'y a toujours ni suppuration ni élimination de tendon. Celui-ci ne peut être aperçu ; le malade peut faire exécuter quelques mouvements aux deux dernières phalanges.

23 *novembre*, 3e pansement. La réunion n'est pas encore complète. A la base de la première phalange, on aperçoit sur une étendue d'un demi-centimètre environ en longueur et un millimètre et demi de large la face antérieure du tendon. Il a sa couleur à peu près normale. Le malade peut imprimer des mouvements volontaires peu étendus mais très nets aux deux dernières phalanges.

On diminue le pansement de façon à ce qu'il ne s'oppose pas aux mouvements du doigt et on recommande au malade de l'exercer doucement de temps en temps.

Peu à peu la plaie se cicatrise dans les jours qui suivent; le 28 décembre la réunion est complète. Le malade quitte l'hôpital le 4 janvier 1886.

État du malade à sa sortie. — La cicatrice de la plaie digito-palmaire mesure 77 millimètres de long. Au-dessous d'elle et sur ses côtés on sent très bien la résistance du tendon transplanté. Elle est du reste adhérente à ce tendon dans toute sa longueur, sauf dans le centimètre supérieur. Lorsque le muscle est relâché on peut imprimer à la cicatrice des mouvements de latéralité. Lorsqu'on fait contracter le muscle, la cicatrice immobile dans le sens transversal subit un mouvement d'ascension dans le sens longitudinal. Un point pris sur sa partie moyenne et la portion palmaire de la cicatrice remonte dans ces conditions de 1 centimètre environ.

Quand on commande au malade de fléchir le médius, les autres doigts étant maintenus dans l'extension, on voit que la flexion ne porte que sur la première phalange et qu'elle ne dépasse pas 30°, ce qui tient à ce que la peau de la base du doigt est immobilisée par l'extension

des autres doigts. Sur la main saine et pour la même raison l'angle de flexion ne va pas au delà de 45°. On sent du moins le tendon se raidir sous la cicatrice, et il est probable que son action s'ajoute à celle des interosseux prépondérants sans doute.

Lorsque tous les doigts sont fléchis ensemble, la première phalange du médius se fléchit tout autant que celle des autres doigts (interosseux), en outre la phalangine se fléchit sur la phalange et la phalangine sur la phalangette ; mais l'extrémité du doigt ne peut être amenée au contact de la face palmaire de la main ; elle en reste distante de 3 centimètres.

Si l'on immobilise la première phalange dans l'extension complète, les mouvements des deux dernières phalanges sont insignifiants parce que le tendon adhérent à la cicatrice est immobilisé en même temps que la peau ; mais si l'on fixe la première phalange dans la flexion à angle droit, la peau de la face palmaire et le tendon avec elle ne sont plus immobilisés. Les mouvements des deux dernières phalanges deviennent très manifestes. Et même, si on immobilise la phalangine, la phalangette se meut encore sur elle.

La force du doigt n'est pas considérable. Avec le seul secours de ses fléchisseurs le malade ne peut triompher d'une résistance de plus de 10 grammes.

Bien qu'imparfait, le résultat fonctionnel est satisfaisant. Le malade n'a pas un doigt utile ; mais au lieu d'un doigt gênant il a un doigt supportable, qui est constamment fléchi très légèrement, au lieu d'être fortement étendu ; il ne va plus heurter constamment les objets extérieurs, comme il le faisait auparavant, et si par hasard il en rencontre quelqu'un, le mouvement de flexion déjà commencé se prononce tout simplement davantage, sans que le malade ait à en souffrir.

Comment ce résultat a-t-il été obtenu ? Il n'est pas douteux pour nous que le tendon transplanté s'est véritablement greffé dans sa nouvelle place. De nombreuses expériences, dont on trouvera l'exposé dans la thèse de M. Fargin, ont établi la possibilité de cette greffe chez les animaux. Dans notre cas, il est certain que le tendon transplanté vit. Quoique la plaie de l'opération ne soit pas absolument guérie par première intention, elle n'a pas suppuré. L'élimination partielle ou totale de la greffe ne s'est pas faite ; tant qu'il a existé un pertuis au niveau de la plaie on a pu l'apercevoir avec son aspect normal sans trace d'exfoliation ; maintenant encore, on sent sous la peau de la face palmaire de la première phalange la résistance fournie par le tendon transplanté.

L'examen du doigt montre bien que la cicatrice de la peau n'a pas servi d'intermédiaire entre les deux bouts du tendon. C'est lorsqu'on la relâche dans la flexion que les mouvements s'exécutent le mieux.

Le jeune malade a été revu le 18 février 1886, un mois et demi après sa sortie de l'hôpital. Sa situation n'est pas sensiblement modifiée. La flexion manifestement obtenue par l'intervention directe du fléchisseur (car la cicatrice de la peau est maintenant mobilisée sur le tendon greffé, sauf en un point, à la base du doigt) est de 30 à 40° pour la

deuxième phalange ; mais elle s'accomplit avec une force très faible ; la troisième phalange exécute aussi quelques légers mouvements de flexion. Ce sont ceux que nous avons déjà indiqués.

De ce fait, on peut conclure que la greffe tendineuse est possible chez l'homme aussi bien que chez les animaux. Il est probable que si la réunion par première intention eut été ici obtenue parfaitement, le résultat fonctionnel eut été meilleur. Il faut convenir d'ailleurs que le lieu n'était pas absolument favorable pour une tentative de ce genre. Le tendon d'Achille, que les expérimentateurs ont presque toujours choisi chez les animaux, est généralement plus propre à la régénération, grâce au tissu cellulaire abondant dans lequel il se trouve plongé. Ici le plan osseux de la phalange sur lequel le tendon repose représente un espace perdu pour la nutrition de la partie greffée. Mais nous n'avions pas le choix.

Peut-être la faiblesse des mouvements de flexion tient-elle aussi pour une part à l'allongement léger que nous avons procuré à nos cordes tendineuses ; il est vrai qu'en rafraîchissant les extrémités sectionnées nous avions un peu diminué la longueur du tendon primitif. Nous livrons le fait tel qu'il est, dans son imperfection, heureux de pouvoir du moins mettre hors de doute la possibilité de la greffe tendineuse de l'animal à l'homme.

Discussion.

M. Trélat. Je profite de l'occasion qui m'est offerte par la communication de M. Peyrot pour faire connaître à la société un cas de section de tendons ayant présenté des particularités intéressantes. Un jeune homme de 17 ans entra dans mon service pour une plaie par instrument tranchant qui lui avait sectionné les tendons extenseurs du médius et de l'annulaire de la main droite. (C'était un dessinateur.)

On voyait la cicatrice de la plaie déjà effectuée, la réunion de la peau ayant été opérée au premier moment. Mais il paraissait y avoir une paralysie absolue des mouvements des doigts annulaire et médius. Un examen très attentif pratiqué par moi-même et par plusieurs autres médecins ou élèves nous fit conclure unanimement à la non-réunion des extrémités tendineuses. En recherchant leur situation, je trouvai qu'elles étaient distantes l'une de l'autre de 15 à 22 millimètres.

L'intervention opératoire fut décidée. La bande d'Esmarch étant appliquée, je fis une incision, mais je constatai, à mon grand étonnement, que les extrémités de l'un des tendons n'étaient sépa-

rées que par un intervalle de 2 millimètres et qu'elles étaient réunies par de la substance cicatricielle. Pour l'autre tendon, les deux bouts chevauchaient même légèrement. Il y avait donc eu erreur de la part de tous les observateurs. Néanmoins, pour rétablir plus exactement les rapports, je fis un avivement des bouts des tendons et plaçai des sutures. Le résultat fut très satisfaisant. Il n'y eut qu'un très petit point de suppuration ; la réunion se fit et les mouvements se rétablirent complètement.

Je conclus en disant qu'à l'avenir je ne ferai jamais une opération de ce genre avant d'avoir pratiqué l'électrisation des muscles dont les tendons ont été sectionnés. J'avais, en effet, négligé de faire cette exploration, mais, après l'opération, les muscles de ce jeune homme ont été, dès que cela a été possible, soumis à l'électrisation.

M. Després. Jamais je n'ai fait de suture de tendons, et je crois pouvoir affirmer que je n'en ferai jamais. En effet, l'observation des suites de ces sortes de plaies fait voir que les extrémités divisées des tendons adhèrent à la cicatrice de la peau et que, par ce moyen, les mouvements arrivent à se rétablir.

Malgaigne a bien montré que, dans ces cas, la rétraction des extrémités tendineuses n'est pas aussi complète qu'on le prétendait. Ce n'est que dans les cas de rétraction considérable et tout à fait exceptionnelle que les mouvements ne se rétablissent pas. Ne voit-on pas après la section du tendon d'Achille, par la ténotomie, la cicatrisation des deux bouts se faire, malgré l'écartement primitif, qui est considérable ?

Il n'y a qu'une exception, c'est pour les tendons fléchisseurs, au poignet et à la paume de la main. Dans cette région, il y a presque toujours écartement et non-réunion des extrémités tendineuses, et l'inflammation consécutive fixe ces extrémités aux gaines qui les entourent.

M. Berger. L'opinion de M. Després ne doit pas être généralisée. Tout récemment, j'ai vu un jeune garçon de 7 ans qui avait fait une chute sur les débris d'un vase et avait une section complète des extenseurs communs des orteils et de l'extenseur propre du gros orteil. Le médecin appelé, au premier moment, avait constaté la division de ces tendons, dont les bouts supérieurs étaient visibles dans la plaie, mais il n'avait suturé que la peau. La réunion s'était faite, mais il y avait impotence du pied et, dans la marche, la pointe du pied appuyait seule sur le sol, comme dans certains cas de paralysie infantile.

Au-dessous de la cicatrice cutanée, on sentait un relief très appréciable qui me parut être celui du bout inférieur. Il n'y avait

aucun mouvement de flexion du pied. En électrisant les muscles de la région antérieure de la jambe, M. Boudet de Pâris, à qui je fis voir ce jeune garçon, put produire le redressement du pied, mais non celui des orteils. Ce redressement se faisait par suite de l'adhérence de la cicatrice cutanée aux extrémités des bouts supérieurs des tendons.

Après avoir incisé la peau, il me fut facile de retrouver les bouts supérieurs ; mais pour arriver aux bouts inférieurs, je dus inciser le ligament annulaire antérieur au-dessous duquel ils étaient englobés dans une masse cicatricielle. Ne pouvant les isoler complètement, je me contentai d'établir une anastomose entre les tendons au moyen d'une suture avec du fil de soie phéniqué. La peau réunie, je pansai à l'iodoforme. Il n'y eut pas de suppuration et le pied fut maintenu dans la flexion à l'aide d'un appareil plâtré.

Je ne puis encore, l'opération étant récente, dire quel sera le résultat fonctionnel, mais si je n'étais pas intervenu, il y aurait eu certainement un pied bot paralytique définitif.

M. Trélat. Certains des faits qu'a réunis dans sa thèse M. Fargin (*Ténorrhaphie et greffe tendineuse*, Paris, 1885) sont bien propres à montrer que M. Després commet une erreur grave en soutenant l'opinion qu'il vient d'émettre. Sans doute, il y a des cas où l'écartement des extrémités tendineuses est peu marqué, mais il est loin d'en être toujours ainsi.

Pendant un certain temps, on a renoncé à pratiquer la suture des tendons, mais on y est revenu. Elle doit être tentée toutes les fois que l'écartement est un peu considérable. Avec les procédés antiseptiques, on peut, aujourd'hui, compter sur le succès de cette suture. Il ne faut donc pas s'en tenir aux faits exceptionnels invoqués par M. Després et qui sont de nature à inspirer une fausse confiance.

M. Després. Je concéderai volontiers que l'écartement considérable des extrémités tendineuses est l'exception. Le plus souvent c'est à une faute de chirurgien qu'il faut l'attribuer, parce qu'il a négligé de mettre le membre blessé dans une position telle que cet écartement soit réduit au minimum.

M. Monod. L'année dernière, j'ai eu à faire devant la Société un rapport sur une observation de M. Schwartz, qui, dans un cas de section d'un des tendons extenseurs de la main, n'a eu d'autre ressource, pour rétablir par la suture la continuité des bouts divisés, que de dédoubler le tendon. C'est un procédé que je crois devoir rappeler ici.

M. Le Fort. J'ai eu l'occasion déjà de citer le fait d'un malade opéré par moi, vers 1873, et auquel je pratiquai la suture pour une division de tous les tendons fléchisseurs de l'avant-bras. Tout d'abord, malgré des débridements, je ne pus retrouver les bouts supérieurs des tendons, et pour les faire apparaître j'employai une manœuvre à laquelle d'autres chirurgiens, sans doute, ont eu recours. Elle consiste à exercer avec la main des pressions de haut en bas, dans l'axe du membre, sur la masse des muscles. Les extrémités tendineuses sont ainsi ramenées dans la plaie.

Communication

Par M. Ch. Périer.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous communiquer une observation de *chondrome parotidien développé du côté du pharynx et extirpé par la bouche.*

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans s'étant toujours bien porté jusqu'en 1880, sauf une petite poussée d'eczéma du cou, en 1876, dont il ne s'est plus jamais ressenti.

Le 20 octobre 1880, à la suite d'un refroidissement, il a eu un mal de gorge à l'occasion duquel on s'est aperçu qu'il avait l'amygdale droite volumineuse. Pendant six mois, cette amygdale a subi un développement progressif, n'occasionnant ni douleur, ni gêne de la déglutition. La respiration était un peu moins facile et la voix altérée était devenue nasillarde.

Un médecin consulté diagnostiqua une mono-amygdalite chronique, et essaya sans succès les astringents et les caustiques. Il pratiqua l'excision avec l'amygdalotome; l'opération fut assez sanglante; la guérison fut obtenue en huit jours.

La portion excisée avait, au dire du malade, une couleur blanchâtre, une consistance assez dure et le volume du bout du pouce. L'état s'était amélioré, c'est-à-dire que la voix avait repris sa qualité; la sensation de grosseur dans la gorge et la faible gêne respiratoire avaient disparu : comme il n'y avait pas d'autres signes de la maladie, la guérison semblait affirmée.

Cependant, au bout de trois mois, les anciens symptômes reparurent, la grosseur revint, et, toujours indolente, elle n'a cessé de s'accroître sans autre trouble qu'une altération plus accusée de la voix et une sensation de grosseur oblitérante, jusqu'au mois de juin 1885, où le malade commença à ressentir des douleurs sourdes

et fugaces à travers le cou, et se propageant à la tempe, à l'oreille et même à l'épaule, du côté droit; il commença aussi à sentir des parties dures indolentes sous le bord et derrière l'angle du maxillaire inférieur.

Je le vis pour la première fois en octobre 1885, et constatai l'existence d'une tumeur allongée qui faisait saillie à la fois dans le pharynx et dans la bouche. Le pilier antérieur droit du voile du palais était complètement effacé et étalé au-devant de cette tumeur, qui repoussait en avant la base de la langue et arrivait presque au contact avec la paroi pharyngienne gauche. La muqueuse avait la couleur normale; elle glissait facilement sur la tumeur, à laquelle elle n'adhérait en aucun point. La consistance était très ferme et en même temps un peu élastique.

En cherchant à sentir les contours de la tumeur, on constatait tout d'abord qu'elle était fixe et semblait surtout tenir à l'apophyse ptérygoïde; en haut, on sentait la limite supérieure au-dessus du voile du palais, dans l'arrière-cavité des fosses nasales; en bas, elle descendait le long du pharynx jusqu'au niveau de l'orifice supérieur du larynx. En palpant le cou et la région parotidienne, on sentait un plan résistant qui répondait à la face profonde de la tumeur, et un petit ganglion sur le trajet de l'artère faciale, au bord du maxillaire. — Ma première impression était qu'il s'agissait d'un adénome du palais, arrivé à un volume considérable, et fixé par une sorte d'enclavement.

J'en proposai l'extirpation. Mais je perdis de vue le malade pendant plus de trois mois. Je ne sais ce qu'il fit pendant ce temps; cependant j'ai appris que la tumeur avait été considérée comme un sarcome par un chirurgien qui avait proposé la section du maxillaire pour pouvoir faire l'extraction.

Lorsque je revis le malade pour la seconde fois, la tumeur avait encore augmenté, et un examen plus attentif modifia ma première impression, et je songeai à la possibilité d'un enchondrome parotidien venant faire saillie vers la bouche.

Je soumis cette manière de voir à notre collègue le Dr Berger, qui n'y fit pas d'objection. — En tout cas le plan opératoire n'en fut pas modifié. — Je tenais à extirper la tumeur par la voie buccale, directement, sans autre opération préparatoire. Cependant je devais prévoir la possibilité d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant, et par suite la nécessité de faire, au cours de l'opération, soit la trachéotomie, soit la ligature de la carotide primitive. Tout fut préparé en conséquence, mais, pour éloigner cette éventualité, je songeai : 1° à réduire l'hémorrhagie à son minimum ; 2° à empêcher le sang de couler dans le larynx. Pour remplir la première

indication, j'avais le galvano cautère, préférable ici au thermo cautère, qu'on ne peut introduire à froid. Pour la seconde, je n'avais qu'à placer le malade dans la position imaginée par M. Trélat pour l'opération de la staphylorrhaphie. En effet, dans ces conditions l'opération fut des plus simples.

Le malade, étant endormi, fut placé dans le décubitus dorsal, la tête pendant en arrière, la bouche maintenue ouverte avec le baillon de Trélat, et bien éclairée par le jour de la fenêtre.

J'incisai franchement la muqueuse du voile du palais et celle du pharynx suivant le grand axe de la tumeur, en commençant par la partie inférieure et en remontant vers la voûte palatine, et j'arrivai, après section de plusieurs couches, jusque dans le tissu même de la tumeur, sans qu'il y eût d'autre écoulement sanguin que quelques gouttes provenant des piqûres d'une érigne double enfoncée dans la base de la langue, dans le but de porter cet organe en avant.

Il me fut aisé de reconnaître l'enveloppe propre de la tumeur et de tenter l'énucléation. — Je pus avec le doigt et avec une spatule mousse obtenir une séparation facile dans une assez grande étendue, mais je fus arrêté au niveau de l'apophyse ptérygoïde, où il paraissait y avoir un point d'implantation. Il devenait difficile de le circonscrire. Pour me donner du jour, je fis avec une grosse cuiller tranchante un évidement de la masse chondromateuse, pendant que M. Berger tendait les deux côtés de l'enveloppe en les attirant en avant avec deux pinces à pression. — A un moment donné, lorsque j'eus évidé suffisamment le contenu, toute la masse, enveloppe et contenu, s'énucléa d'elle-même et fut entraînée avec les deux pinces. Il restait une cavité assez considérable qui s'étendait bien au delà des limites du pharynx et remontait dans la fosse zygomatique, où le doigt pénétrait profondément. C'est cette circonstance qui, jointe au développement et à la nature de la tumeur, dont le tissu était nettement formé de cartilage, me confirma dans l'opinion que j'avais émise au préalable, qu'il s'agissait bien d'une tumeur parotidienne, prise au début pour une tumeur de l'amygdale et traitée comme telle.

Les suites de l'opération furent des plus simples, la température ayant oscillé entre 36°,9 et 37°,8 sans avoir jamais dépassé ce dernier chiffre, et le pouls entre 64 et 84. L'écoulement sanguin avait été absolument insignifiant. Par précaution nous avions touché le fond de la plaie avec de l'eau vinaigrée au 1/3, hémostatique que je préfère de beaucoup au perchlorure de fer. — Le malade dut se gargariser très fréquemment, au moins toutes les demi-heures, et en tout cas après chaque ingestion de liquide alimentaire, avec

une solution tiède de chloral à 1 0/0. Ce gargarisme lui occasionna au bout de quelques jours un léger sentiment de brûlure de la bouche et du pharynx. Il fut remplacé par la décoction de pavot additionnée d'acide borique à 3 0/0, mais de suite l'odeur devint très forte et la plaie douloureuse. Le malade réclama de nouveau le chloral, dont il ne cessa plus l'emploi.

Le huitième jour, les eschares produites par le galvano cautère étaient éliminées. La gêne douloureuse de la déglutition cessait; le dix-huitième jour, la cicatrisation était complète, et le malade rentrait dans son pays un mois après l'opération, ne portant plus qu'une cicatrice autour de laquelle les tissus avaient déjà repris à peu près toute leur souplesse.

Discussion.

M. Polaillon. Le fait que M. Perier vient de nous communiquer est intéressant, mais je voudrais savoir sur quelles raisons il se fonde pour dire que la tumeur enlevée par lui est une tumeur de la parotide. En règle générale, toutes les tumeurs de cette glande proéminent à l'extérieur. Il y a, en effet, des plans fibreux profonds qui, joints aux mouvements des maxillaires, tendent à les chasser en dehors. Si le diagnostic de M. Perier était bien établi, son observation serait un cas absolument exceptionnel.

M. Tillaux. J'appuierai les réflexions de M. Polaillon et le doute qu'il émet sur le véritable siège de cette tumeur.

M. Perier. Ce que je puis affirmer, c'est que la tumeur venait de la fosse zygomatique proéminer vers le pharynx. Pendant l'opération, j'ai dû aller la rechercher jusque dans cette fosse, et mon doigt introduit par cette voie arrivait presque jusqu'à la base du crâne.

M. Berger. J'ai pu juger par moi-même des connexions de la tumeur. Par son prolongement supérieur, elle confinait réellement à la parotide; aussi le diagnostic de M. Perier me paraît-il justifié.

Examen comparatif de 24 uréthrotomies internes et de 24 divulsions,

Par M. A. Le Dentu.

Malgré les efforts des chirurgiens qui ont préconisé la dilatation forcée pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre, cette

méthode n'a pas passé dans la pratique courante. Rejetée absolument par les uns, admise par les autres à titre d'exception, elle ne compte actuellement que peu de partisans, qu'il s'agisse de la divulsion proprement dite ou de la dilatation immédiate progressive, employée par M. Le Fort et par plusieurs de ses élèves.

Sans préjudice des cas qui m'ont paru réclamer l'uréthrotomie externe et la dilatation progressive à laquelle je fais la part très large dans le traitement des coarctations uréthrales, j'ai relevé dans mes notes un nombre égal d'uréthrotomies internes faites avec l'instrument de Maisonneuve, et de divulsions faites avec l'instrument de Voillemier. Il se peut que j'aie commis quelques oublis, mais je puis affirmer qu'ils n'ont porté que sur des cas favorables. Je suis certain que tous les cas à terminaison funeste ou simplement à résultat incomplet figurent dans mes tableaux.

Le véritable terrain sur lequel on peut juger les opérations pratiquées sur l'urèthre est celui de la durée des guérisons ; mais on sait combien il est difficile de fournir à cet égard des données utiles, soit qu'il ait été impossible de retrouver la trace des opérés, soit que ceux-ci aient négligé de maintenir le résultat acquis par l'introduction périodique d'une bougie de calibre suffisant. Sous ce rapport on peut dire que toutes les statistiques sont défectueuses. Aussi n'ai-je même pas essayé d'établir la valeur durable de mes opérations. Je ne veux les envisager que sous le point de vue des résultats immédiats.

Je tiens à proclamer tout d'abord que, dans la très grande majorité des cas, la dilatation graduelle à séances répétées est le meilleur mode de traitement des rétrécissements, sauf les contre-indications que l'expérience acquise a rendues classiques et qu'il est inutile de rappeler. Enfin je ne passerai pas à l'examen de mes 48 faits sans avoir déclaré qu'il n'existe pas une seule méthode de traitement qui mette sûrement à l'abri des récidives. Aucune ne soustrait les malades à la nécessité de l'introduction périodique d'une bougie *à perpétuité*.

TABLEAU.

Tableau résumé de 24 uréthrotomies internes.

N°.	NOMS.	AGE.	NATURE ET SIÈGE du rétrécissement.	DATE de l'opération.	RÉSULTAT. immédiat.		OBSERVATIONS.
1	Ary (François).	37 ans.	Trois rétrécissements cicatriciels.	28 sept. 1875.	»	G.	Sonde à demeure pendant trente-six heures. Reprise de la dilatation au bout d'une vingtaine de jours.
2	Weyl (Auguste).	24 ans.	Cicatriciel. Collet du bulbe.	6 fév. 1878.	»	G.	Sonde à demeure. Pas d'accidents.
3	M...	40 ans environ.	Cicatriciel. Collet du bulbe.	20 sept. 1878.	»	G.	Sonde à demeure. Pas d'accidents. Dilatation ultérieure complète. La guérison se maintient.
4	Citerne (Louis).	?	Cicatriciel (suite de chancre) : au quart antérieur de l'urèthre.	7 janv. 1879.	»	G.	Sonde à demeure.
5	Gérard (Jean).	52 ans.	Collet du bulbe.	Fév. 1879.	»	G.	Sonde à demeure.
6	Lefèvre (Ernest).	21 ans.	Collet du bulbe.	Mars 1879.	»	G.	Sonde à demeure. Accidents septiques graves : érythème scarlatiniforme ; abcès multiples, dont un volumineux en avant de l'aisselle gauche. Malgré ces complications, le malade guérit dans de bonnes conditions.
7	Hubert (Charles).	47 ans.	En avant du bulbe.	Mai 1879.	»	G.	La dilatation n'ayant pu se faire régulièrement, il fallut soumettre le malade à la *divulsion*, qui donna un bon résultat.
8	Mitchell (Édouard).	22 ans.	Collet du bulbe ; organique.	3 mars 1886.	»	G.	Deux blennorrhagies en 1879. A subi l'uréthrotomie interne il y a deux mois. Récidive rapide. Maximum de T. : 38°,5 au 3e jour.
9	Curieux (Paul).	?	?	4 juin 1879.	»	G.	Rien de particulier. L'opéré est guéri le 12 juillet.
10	Morin (Eugène).	35 ans.	Collet du bulbe.	11 juin 1879.	»	G.	Rien de particulier. Le malade sort guéri le 1er juillet.

Nos.	NOMS.	AGE.	NATURE ET SIÈGE du rétrécissement.	DATE de l'opération.	RÉSULTAT immédiat.		OBSERVATIONS.
11	Tallon (Pierre).	48 ans.	Traumatique ; en avant du bulbe.	5 mai 1879.	»	G.	Sonde à demeure pendant trente-six heures.
12	J...	40 ans.	Rétrécissement portant sur tout le canal et très étroit, à un centimètre du méat.	21 mars 1880.	»	G.	Avait déjà subi une uréthrotomie en 1871. Impossibilité alors de placer une sonde à demeure. Au moment où j'ai pris le traitement, il y avait rétention d'urine complète et accès de fièvre violents. Je parviens à dilater jusqu'au nº 8 et je fais l'uréthrotomie. Pas de fièvre à la suite. Impossibilité de mettre une sonde à demeure. Dilatation ultérieure poussée à peine jusqu'au 12. En 1883, M. Mallez a traité le rétrecissement par l'électrolyse. Résultat assez bon. Actuellement, le 10 passe à peine.
13	Fiault.	34 ans.	?	3 nov. 1880.	»	G.	Sonde à demeure.
14	Delieu (Charles).	35 ans.	Rétrécissement fibreux étendu ; fistule périnéo-scrotale.	29 déc. 1880.	M.	»	Hémorrhagie assez sérieuse par le canal et par la fistule. Frisson le soir. Le lendemain nouveau frisson ; plusieurs vomissements. T. : matin 39°, soir 38°,6. Mort dans la nuit à deux heures. Autopsie : néphrite interstitielle double. Le canal a été sectionné dans toute l'épaisseur de sa paroi antérieure. Un peu d'urine dans le tissu conjonctif voisin.
15	Colson (Jules).	16 ans.	Traumatique ; en avant du bulbe.	1re opér. 4 juill. 1881. 2e opér. 14 août 1881.	» M. (Chloroforme.)	G. »	Malade tellement impressionnable, qu'il avait fallu le chloroformiser pour l'examiner, puis quelques jours après pour l'opérer. Le passage des bougies étant resté difficile, quoique le jet de l'urine fût fort, je jugeai nécessaire de pratiquer un nouveau débridement. A peine le malade avait-il aspiré quelques bouffées de chloroforme, qu'il se débattit un peu et retomba mort sur le lit. Le visage avait une teinte asphyxique bleuâtre.

Nos.	NOMS.	AGE.	NATURE ET SIÈGE du rétrécissement.	DATE de l'opération.	RÉSULTAT immédiat.		OBSERVATIONS.
16	B...	26 ans.	Fibreux ; à la partie anterieure de la portion spongieuse, à partir d'un centimètre du méat (suite de chancre).	7 oct. 1881.	»	G.	Sonde nº 15 à demeure. La dilatation ultérieure n'a jamais pu dépasser le nº 17. Le résultat s'est néanmoins à peu près maintenu.
17	Barbe (Adolphe).	28 ans.	Simple ; collet du bulbe.	10 fév. 1882.	»	G.	Sonde à demeure. Rien de spécial dans les suites.
18	Cr... de B...	28 ans.	Fibreux, étendu au deux tiers postérieurs de la partie spongieuse.	Avril 1882.	»	G.	Impossible de placer une sonde à demeure. Pas de fièvre. Dilatation ultérieure très insuffisante, n'ayant pas dépassé le nº 15. Néanmoins, le résultat se maintient. Le malade s'est marié.
19	Gaston (Léon).	36 ans.	?	18 mars 1885.	»	G.	Sonde à demeure. Rien de spécial.
20	Pujo (Ernest).	37 ans.	Fibreux, à 11 centimètres en arrière du méat. Trois fistules scrotales.	1er avril 1885.	»	G.	Abcès urineux il y a trois ans. A cette époque, uréthrotomie interne, par M. Duplouy, de Rochefort. Une des fistules reste ouverte. Récidive du rétrécissement et des fistules. L'urèthre n'admet qu'une bougie filiforme. La dilatation ultérieure se fait bien, mais le malade quitte trop tôt l'hôpital.
21	Pélizot (Pierre).	42 ans.	Organique ; collet du bulbe.	22 avril 1885.	»	G.	Pas de sonde à demeure. Suites très simples.
22	Montier (Paul).	20 ans.	Fibreux, étendu à presque tout le canal.	1885.	»	G.	Pas de sonde à demeure. Dilatation ultérieure suffisante. Guérison de l'uréthrite chronique qui accompagnait le rétrécissement.
23	André (Jacques).	70 ans.	Deux rétrécissements : Collet du bulbe et à 6 centimètres du méat. Fistule urinaire rectale.	3 déc. 1885.	»	G.	Sonde à demeure pendant quarante-huit heures. La dilatation ultérieure ne peut aller au delà du nº 19. Dès le lendemain de l'opération, tout écoulement d'urine a cessé du côté du rectum.

Nos.	NOMS.	AGE.	NATURE ET SIÈGE du rétrécissement.	DATE de l'opération.	RÉSULTAT immédiat.		OBSERVATIONS.
24	Martin (Denis).	42 ans.	Organique. Partie antérieure de la partie spongieuse. (Introduction réitérée d'allumettes.)	25 janv. 1885.	»	G.	Commencement du traitement au moyen de bougies en crin de Florence, tant le rétrécissement est étroit. La lame de l'uréthrotome n'ayant pu pénétrer, je fais l'incision du rétrécissement avec un bistouri étroit. Petite sonde à demeure. Très légère réaction. Deuxième incision du méat et de la fosse naviculaire au bistouri (4 février). Dilatation ultérieure au moyen des mandrins Béniqué jusqu'au nº 50.

Tableau résumé de 24 divulsions.

Nos.	NOMS.	AGE.	NATURE ET SIÈGE du rétrécissement.	DATE de l'opération.	RÉSULTAT immédiat.		OBSERVATIONS.
1	Métayer (Alphonse)	33 ans.	Rétrécissement inflammatoire. Uréthrite intense. Commencement de pyélite à droite.	21 oct. 1871.	»	G.	Divulsion pratiquée, sur ma demande, par M. Voillemier, dans le service de M. Laugier. Douleur peu intense. Écoulement de sang insignifiant. Pas de fièvre. Dilatation ultérieure facile. Sorti le 30 octobre.
2	X...	45 ans environ.	Cicatriciel. En avant du bulbe. Fistules urinaires périnéales.	Nov. 1871.	»	G.	Le rétrécissement était tellement serré que plusieurs tentatives d'introduction de bougies restèrent infructueuses. M. Voillemier se chargea de la suite du traitement. Divulsion pénible par suite de la résistance des tissus. Pas d'accidents. Plus tard, opération des fistules par incision d'une tranche du périnée.
3	X...	?	Collet du bulbe.	1872.	M.	»	Malade entré à l'hôpital Lariboisière dans un état de cachexie profonde et les signes probables d'un calcul de la vessie. Je pratiquai la divulsion presque *in extremis* pour explorer la vessie, où il y avait en effet un calcul. Mort *quand même* au bout de trois ou quatre jours. (Voir plus loin les détails de l'autopsie.)

Nos.	NOMS.	AGE.	NATURE ET SIÈGE du rétrécissement.	DATE de l'opération.	RÉSULTAT immédiat.		OBSERVATIONS.
4	Billard (Auguste).	51 ans.	Deux rétrécissements, un en arrière de la fosse naviculaire, un second, serré (nº 4), au collet du bulbe.	8 oct. 1877.	M.	»	État cachectique prononcé. Frisson intense et 40º le soir de l'opération. Mort le 16 octobre avec des signes évidents d'urémie. T. 35º,6, dyspnée intense, délire violent, convulsions. A l'autopsie, néphrite interstitielle ancienne avec rein gauche atrophié et parsemé de kystes. Déchirure de la muqueuse au niveau de la divulsion.
5	Hubert (Charles). (Voir au tableau des uréthrotomies, nº 7.)	47 ans.	En avant du bulbe.	Mai 1879.	»	G.	Malade ayant subi l'uréthrotomie interne sans résultat. La divulsion devint indispensable et rendit possible la dilatation ultérieure.
6	Tellier (Louis).	44 ans.	?	16 juill. 1879.	»	G.	Sonde à demeure. Rien de particulier.
7	R...	24 ans.	R. inflammatoire étendu. Uréthrite intense chronique.	13 janv. 1880.	»	G.	Commencement du traitement au moyen des instillations uréthrales de nitrate d'argent. Dilatation jusqu'au nº 14. Chloroformisation. Sonde à demeure. Dilatation ultérieure facile. Guérison lente de l'uréthrite. Le résultat s'est bien maintenu jusqu'à ce jour.
8	Divot.	26 ans.	Collet du bulbe. Traumatique, à peine franchissable.	»	»	G.	Dilatation préalable au moyen de bougies de 1 à 6. Divulsion sans chloroforme. Pas de fièvre. Dilatation ultérieure parfaite. Le malade habite aux environs de Paris. N'en ayant pas eu de nouvelles, je pense que le résultat a dû se maintenir, sans quoi, il serait probablement venu me trouver.
9	De M...	50 ans environ.	D'origine inflammatoire. Collet du bulbe.	6 nov. 1879.	»	G.	Malade névropathe que je n'ai jamais pu toucher sans le chloroformiser. L'opération a été faite de suite après l'exploration. Dilatation ultérieure faite par le malade jusqu'au nº 22. Pas de nouvelles récentes.

Nos.	NOMS.	AGE.	NATURE ET SIÈGE du rétrécissement.	DATE de l'opération.	RÉSULTAT immédiat.		OBSERVATIONS.
10	Thierrier (Théophile).	50 ans.	?	12 janv. 1880.	»	G.	Rien de particulier.
11	Delate (François).	?	?	1880.	»	G.	Rien de particulier.
12	Berthollet (Auguste).	43 ans.	Rétrécissement étendu à la moitié de la portion spongieuse.	1880.	»	G.	Canal dans un état déplorable. État cachectique prononcé. Aucun accident après la divulsion, mais dilatation difficile. Récidive au bout de quelque temps. Le malade se refuse à une autre opération.
13	Guglielmi (Giovanni).	40 ans.	Tiers postérieur de la partie spongieuse.	Nov. 1880.	»	G.	Le malade avait deux calculs dans l'urèthre. Il avait été taillé l'année précédente en Italie. La divulsion fut faite le même jour qu'une boutonnière périnéale. Guérison complète des deux opérations.
14	Juan (Albert).	39 ans.	?	13 juill. 1880.	»	G.	Rien de particulier. Sonde à demeure.
15	Vimard (Joseph).	34 ans.	?	11 déc. 1880.	»	G.	Sonde à demeure. Rien de particulier dans les suites.
16	Anselin (Joseph).	39 ans.	Collet du bulbe.	15 fév. 1882.	»	G.	Sonde à demeure. Suites ordinaires.
17	Baulin (Louis).	39 ans.	»	Fév. 1882.	»	G.	Sonde à demeure. Suites ordinaires.
18	Dombey (Marie).	60 ans.	Rétrécissement fibreux étendu datant de plus de 30 ans.	»	»	G.	Résultat incomplet. La dilatation ne peut être poussée que jusqu'au n° 12.
19	R...	50 ans environ.	Rétrécissement fibreux étendu commençant près du méat.	Mars 1882.	»	G.	Impossible de mettre une sonde à demeure plus grosse qu'un n° 15. Résultat incomplet. Dilatation ultérieure très difficile poussée à peine jusqu'au n° 12.
20	Pagnon (Jean).	53 ans.	Collet du bulbe; fibreux.	1er avril 1885	»	G.	Sonde à demeure. Rien de particulier.
21	Charbonnier (Emmanuel).	38 ans.	Collet du bulbe fibreux.	4 avril 1885.	»	G.	Sonde à demeure. Rien de particulier.
22	X...	?	?	29 avril.	»	G.	Rien de particulier.
23	Bensoir (Joseph).	36 ans.	Rétrécissements multiples inflammatoires.	18 juill. 1885	»	G.	Pas de sonde à demeure. Pas de fièvre. Guérison franche.
24	Courtois (Étienne).	32 ans.	Spasme de l'urèthre profond lié à une tuméfaction tuberculeuse d'un lobe prostatique.	18 juill. 1885.	»	G.	Le spasme nuisait à la miction et agissait à la façon d'un vrai rétrécissement. La divulsion mit fin aux accidents sans donner lieu à aucune réaction du côté de la prostate. Quelques passages de bougies complétèrent le traitement.

Sur 24 uréthrotomies, je relève une mort causée, suivant toute apparence, par des lésions rénales, mais l'examen de l'urèthre m'a révélé une lésion grave sur laquelle je veux attirer votre attention. Immédiatement au-dessous de l'arcade du pubis, la lame de l'uréthrotome avait sectionné la paroi supérieure du canal dans toute son épaisseur, et une certaine quantité d'urine s'était répandue dans les tissus extra-uréthraux, en haut et en avant de la solution de continuité (Obs. XIV).

J'ai observé la même particularité sur un autre sujet mort également à la suite d'une uréthrotomie interne, mais qui ne figure pas dans mon tableau, parce que je n'ai pu en retrouver l'observation. Chez lui aussi, la mort paraissait avoir été causée par des lésions rénales, mais on peut se demander si une infiltration d'urine grave n'aurait pas pu l'occasionner plus tard, dans le cas où les opérés n'auraient pas succombé très peu de temps après l'intervention.

Il y a un rapprochement important à faire entre ces deux malades; tous deux avaient des fistules périnéales, autour desquelles les tissus étaient indurés. Sans aucun doute, une sorte de rétraction cicatricielle avait attiré vers les téguments la partie rétrécie de l'urèthre et en avait modifié la courbure. La portion spongieuse formait avec la portion membraneuse un angle ouvert en haut, et cet angle avait été sectionné par la lame tranchante.

Je ne parle que pour mémoire du cas de mort par le chloroforme survenu chez un sujet que j'avais déjà anesthésié deux fois, pour l'examiner et pour lui faire une première uréthrotomie dont le résultat était resté incomplet. Personne ne s'étonnera de le voir figurer à la colonne des guérisons pour la première intervention (Obs. XV).

Dans un cas, l'uréthrotomie a été suivie d'accidents septiques graves auxquels heureusement l'opéré a définitivement résisté (Obs. VI).

Dans l'observation XIV, une hémorrhagie sérieuse avait été la conséquence immédiate de la section complète du canal.

Enfin cinq fois la dilatation ultérieure a beaucoup laissé à désirer (Obs. VII, XII, XV, XVI et XVIII).

Donc, en résumé, sur 25 uréthrotomies internes, il y a eu 2 morts, 5 résultats incomplets. Restent 18 résultats satisfaisants.

Du côté de mes 24 divulsions, je trouve 2 morts, l'une sur un malade opéré *in extremis,* dans le but d'explorer sa vessie, qui contenait un calcul, l'autre causée par des accidents urémiques incontestables. L'urèthre du premier ne présentait pas trace de la dilatation forcée qu'il avait subie, *on n'y voyait pas la moindre déchirure.* En revanche, chez le second, je trouvai à l'autopsie une déchirure de la muqueuse, de la muqueuse seulement, au niveau du rétrécissement. Ce fait prouve, je le reconnais, que la divulsion n'agit pas toujours par simple dilatation ; mais je me hâte d'ajouter que si cette déchirure se produit quelquefois, elle n'est pas étendue (l'insignifiance ordinaire de l'écoulement sanguin post-opératoire le prouve bien), et qu'elle doit toujours rester superficielle, sans quoi on observerait ultérieurement les signes de l'infiltration urineuse. Or, dans aucun de mes cas, cet accident n'est noté.

En regard des 5 cas de résultat incomplet par l'uréthrotomie interne, je n'en ai que 3 analogues à citer à la charge de la divulsion (Obs. XII, XVIII et XIX). En revanche, celle-ci a permis la dilatation ultérieure là où l'uréthrotomie avait échoué (Obs. VII).

En résumé, la divulsion a donné 2 morts, 3 résultats incomplets. Restent 19 résultats satisfaisants contre 18 donnés par l'uréthrotomie interne.

Sans doute, à envisager les choses d'une manière absolue, l'ensemble de ma statistique laisse à désirer. En effet, sur 49 rétrécissements traités par l'uréthrotomie interne et par la divulsion, je compte 4 morts (environ 8 0/0) et 8 résultats incomplets (environ 16 0/0); d'où il suit que les résultats satisfaisants ne sont représentés que par une proportion des 3/4 des cas. Mais il ne faut pas oublier que j'ai jusqu'ici fait la part très large à la dilatation progressive; que, par conséquent, j'ai réservé la divulsion et l'uré-

throtomie interne aux plus mauvais cas que j'ai rencontrés, et que, sans me préoccuper beaucoup de l'aggravation de ma statistique par mon intervention chez des malades dont la vie était très menacée, j'ai risqué plusieurs fois l'opération dans des circonstances où d'autres chirurgiens se seraient peut-être abstenus. Je ne crains pas d'ajouter que dans certains de ces cas n'importe quelle méthode de traitement aurait pu occasionner les mêmes accidents. Le nombre égal des morts dans mes deux séries d'opérations, l'identité des causes de la terminaison fatale, sont bien de nature à fournir un commencement de preuve à ce que j'avance.

De ces deux séries de faits, on peut tirer encore d'autres conclusions. C'est d'abord que l'uréthrotomie interne n'est pas aussi bénigne qu'on pouvait se l'imaginer, lorsque les lésions locales (rétrécissement et cystite) ont eu un commencement de retentissement sur l'appareil rénal; c'est aussi que la divulsion ne mérite pas l'effroi qu'elle inspire encore à certains chirurgiens.

Il est bien positif qu'elle expose moins que l'uréthrotomie aux hémorrhagies inquiétantes, et qu'elle m'a donné plus de résultats satisfaisants que cette dernière opération. Il est vrai que c'est dans une proportion qui ne constitue pas une supériorité très marquée. C'est qu'il y a des rétrécissements contre lesquels toutes les méthodes doivent fatalement échouer, aussi bien les divers procédés de la dilatation rapide et immédiate que la section avec l'instrument tranchant.

Je me résumerai en disant que, dans les circonstances suivantes, la divulsion m'a paru offrir un avantage réel sur l'uréthrotomie interne :

1° Lorsqu'il s'agit de combattre ces spasmes de l'urèthre qui gênent la miction et se rapprochent beaucoup de ce que les auteurs ont décrit sous le nom de rétrécissement spasmodique;

2° Dans les rétrécissements inflammatoires accompagnés d'uréthrite chronique;

3° Contre les rétrécissements élastiques et rétractiles ou inextensibles, à partir d'un certain numéro;

4° Dans les cas compliqués de fistules urinaires et d'induration des tissus péri-uréthraux, lorsque cette induration ne va pas jusqu'à un véritable sclérème éléphantiasique, et n'impose pas *à priori* l'uréthrotomie externe.

Dans les cas difficiles, il peut y avoir avantage à faire la divulsion en deux séances, en employant d'abord le plus faible des divulseurs de Voillemier, et en poussant plus tard la dilatation jusqu'à son maximum.

Je terminerai en disant que, jusqu'ici, rien ne m'autorise à prôner la divulsion à l'exclusion de toute autre méthode opératoire. J'ai

voulu seulement établir qu'elle ne méritait pas le discrédit dans lequel elle est tombée.

Discussion.

M. Le Fort. La double série de faits que M. Le Dentu nous communique est une série malheureuse. Pour ma part, je n'ai jamais pratiqué l'uréthrotomie interne, parce que j'ai été témoin, au début, de plusieurs faits désastreux. Les deux premières opérations que j'ai vu pratiquer par Adolphe Richard ont été suivies de mort ; j'ai vu survenir également deux morts à la suite d'uréthrotomies faites par plusieurs autres de mes maîtres. En présence de rétrécissements de l'urèthre résistant à la dilatation ordinaire, j'ai toujours employé le procédé de dilatation qui m'est propre. Jamais je n'ai pratiqué la divulsion, pour laquelle j'ai une répulsion instinctive. Les quelques accidents que j'ai observés à la suite de l'emploi de mon procédé ont toujours été légers et se sont bornés à quelques accès de fièvre. Ils ne se sont produits que lorsque j'ai voulu aller trop vite.

Aussi, je suis convaincu que si, sur une nouvelle série de vingt-quatre malades, M. Le Dentu, voulait employer ce procédé, il n'aurait aucun accident grave à déplorer. Dans la prochaine séance, je compte revenir sur ce sujet.

M. Desprès. Je me plais d'abord à rendre hommage à la probité scientifique de M. Le Dentu, qui est venu nous faire connaître ses revers. Comme M. Le Fort, je n'ai jamais pratiqué l'uréthrotomie interne et je suis opposé à la dilatation forcée telle que Perrève et Voillemier l'ont instituée. D'autre part, je n'ai pas employé le procédé de M. Le Fort. Je me contente de placer dans l'urèthre des bougies à demeure, dont j'augmente progressivement le calibre. Je n'ai jamais eu de morts, en agissant ainsi.

Mais pour ce qui est de la question des récidives, quelle que soit la méthode employée, nous devons, en ce moment, la laisser de côté.

M. M. Sée. Contrairement à l'opinion de MM. Le Fort et Després, je suis partisan de l'uréthrotomie interne, et sur un grand nombre d'opérations je n'ai jamais eu de morts. Quelques hémorrhagies sont les seuls accidents qui se soient produits.

Mais l'uréthrotomie interne ne doit pas être appliquée indistinctement à tous les cas. Si un rétrécissement très serré se présente, j'introduis une bougie n° 1 ou n° 2 et je la laisse à demeure pendant quarante-huit heures. Les jours suivants, je dilate progressivement de la même manière. Arrivé au n° 8, je ne laisse plus la

bougie à demeure, mais elle est introduite, matin et soir, pendant une demi-heure ou une heure.

C'est seulement lorsque, comme cela arrive chez certains malades, je ne puis dépasser le n° 8 ou le n° 10, que j'ai recours à l'uréthrotomie. Une fois la section du rétrécissement opérée, je ne place pas de sonde dans le canal, mais deux ou trois jours après j'introduis le n° 18 ou 20 et je continue, les jours suivants, pendant huit ou dix jours. A ce moment, je considère le résultat comme obtenu.

M. Horteloup. Je suis très partisan de l'uréthrotomie interne, mais je n'aime pas l'instrument de Maisonneuve, que je considère comme un instrument brutal et surtout aveugle. On ne sait jamais où l'on va, et, dans nombre d'observations, on a trouvé des lésions siégeant dans différents endroits du canal où n'existait pas de rétrécissement. De plus, il arrive souvent qu'on n'incise pas tout le rétrécissement, ainsi que M. Le Dentu vient de nous le prouver, puisqu'il persistait une bride après le passage de la lame de l'instrument. Je me sers depuis fort longtemps d'un instrument que j'ai fait connaître dans une thèse d'un de mes élèves; cet instrument uréthrotome, que je pourrai montrer ici, a l'avantage d'être gradué très exactement et d'agir sur le rétrécissement de dedans en dehors et non pas d'avant en arrière.

Mais le point particulier sur lequel je désire faire une observation, c'est sur le cas de fistules urinaires compliquant le rétrécissement siégeant au point ordinaire des rétrécissements. M. Le Dentu nous a cité deux malades atteints de cette lésion, chez lesquels l'uréthrotomie a été suivie de mort, et on a pu constater à l'autopsie que ce canal avait été entièrement coupé, accident que M. Le Dentu explique par une déviation du canal de l'urèthre.

Dans le cas de rétrécissement compliqué de fistule, je ne fais jamais l'uréthrotomie interne, mais l'uréthrotomie externe, en incisant tous les trajets fistuleux et en excisant les bords et même les trajets pour faire une plaie sans anfractuosités, une plaie presque unie.

L'uréthrotomie externe a l'inconvénient de laisser l'opéré au lit pendant trois semaines, mais elle le met à l'abri des accidents de stagnation d'urine, de résorption purulente, et on n'est pas obligé de recourir à toutes ces manœuvres de dilatation souvent pendant de longs mois et de cautérisations qui ne donnent pas toujours de bons résultats.

M. Le Dentu. Les séries de faits que j'ai communiqués laissent, en effet, à désirer comme résultats. Mais, étant donnés les cas

défavorables que j'ai eu à traiter, je crois que ces résultats n'eussent pas été meilleurs par d'autres procédés.

Les cas de mort, en effet, ne sont pas dus à la nature même de l'intervention opératoire. Ils sont attribuables aux lésions rénales dont étaient atteints les opérés, et, dans ce cas, on sait qu'un simple cathétérisme peut tuer le malade.

Dans mes tableaux, j'ai tenu compte même des cas les plus défavorables. Un de mes malades a été opéré à peu près *in extremis*. Malgré cela, j'ai obtenu, en somme, dix-neuf résultats favorables sur vingt-quatre cas.

Je n'ai pas besoin de dire que, pour les rétrécissements ordinaires, je fais la dilatation progressive. J'introduis d'abord une bougie n° 1 ou n° 2 et je la laisse à demeure quatre ou cinq jours. En ayant soin de ne jamais employer de bougie qui calibre exactement le rétrécissement, j'arrive quelquefois à franchir quatre ou cinq numéros en quelques jours. Lorsque la dilatation est déjà avancée, je n'introduis plus de bougies que tous les deux jours et je termine par l'emploi des bougies Béniqué.

Pour le traitement des rétrécissements qui s'accompagnent de fistules, je me rapproche de la pratique de M. Horteloup. L'uréthrotomie externe me paraît applicable à ces cas.

Présentation de malade.

M. Desprès présente un malade atteint de fracture de la rotule. Il est au trente-deuxième jour du traitement et la fracture offre toutes les apparences d'un cal osseux.

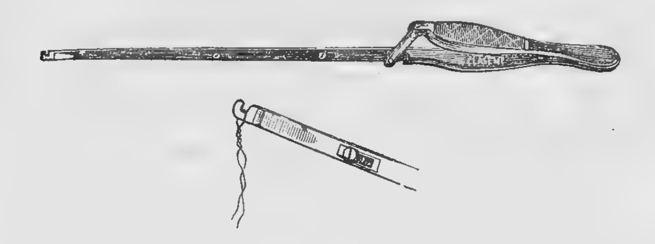
M. Desprès proteste encore une fois contre l'emploi de la suture osseuse dans les fractures de la rotule. Il se propose de montrer de nouveau ce malade à la Société, dans trois mois.

Présentation d'instrument.

M. Horteloup présente, de la part de MM. Clasen et Gudendag, un coupe-fil destiné à faciliter la section des sutures métalliques profondes. Ce coupe-fil est analogue au coupe-fil de Deroubaix, mais il se manœuvre plus facilement.

Cet instrument affecte la forme d'une pince à ressorts; l'une des branches se termine par une tige à l'extrémité de laquelle se

trouve un crochet mousse dans lequel on accroche le fil. L'autre branche commande, au moyen d'un levier, une seconde tige mobile



sur la première dans le sens de la longueur, et se termine en biseau tranchant. Le rapprochement des branches de la pince suffit pour amener le biseau tranchant de la lame mobile au niveau du crochet et pour couper ainsi l'anse du fil.

Scrutin sur la demande d'honorariat de M. Duplay.

Nombre de votants : 24. — Majorité : 13.

Oui	21
Non................................	1
Bulletins blancs	2

M. Duplay est nommé membre honoraire de la Société.

La séance est levée à 5 heures 35 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 12 mai 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Les *Mémoires de la Société de médecine de Nancy* (années 1884-1885);

3° Les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* pour 1885 (2e fascicule);

4° Les *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine de Bordeaux* pour 1885;

5° *On dermatitis ferox,* par J.-L. Milton, chirurgien de Saint-John's hospital à Edinburgh;

6° Le 4e fascicule du tome XII de nos *Bulletins et Mémoires;*

7° Une lettre de notre collègue M. Desprès, qui demande un congé de trois mois en raison de la session du Conseil municipal et du concours du bureau central;

8° M. le Ministre de l'Instruction publique prie la Société de vouloir bien lui faire parvenir la liste des manuscrits qui lui appartiennent, pour entrer dans le *Catalogue* qu'il fait dresser en ce moment;

9° *Observation de plaie contuse du scrotum par écrasement; hernie complète des deux testicules; réduction; guérison,* par le Dr Auriol (de Bellegarde, Gard) (commissaire : M. Kirmisson).

Communication.

M. Le Fort. Je désire porter immédiatement à la connaissance de la Société un incident qui s'est produit ce matin même dans mon service.

En rentrant de vacances, j'ai trouvé dans mes salles une femme qui était accouchée il y a un an. Elle portait dans le ventre une tumeur fibreuse que j'examinai avec soin. Cette tumeur était assez volumineuse, irrégulière du côté droit et très mobile. Il s'agissait de déterminer si, en même temps, il n'y avait pas grossesse. Or, l'auscultation ne me donna aucun résultat, et je recherchai inutilement l'existence de mouvements fœtaux. En outre, il était facile de plonger la main au-dessous de la tumeur en déprimant la paroi abdominale au-dessus du pubis.

En présence de ces signes négatifs et sur la demande de la malade, je me décidai à intervenir par la laparotomie, assisté de M. Prengrueber. Mais, au dernier moment, alors que la malade était soumise déjà à l'anesthésie, M. le Dr Bazy, examinant l'abdomen, perçut des mouvements actifs du fœtus, du côté opposé aux saillies de la tumeur fibreuse. Il y avait coexistence de grossesse, et je pense que c'est sous l'influence du chloroforme que les mouvements fœtaux se sont réveillés et sont devenus perceptibles. Il y aurait donc utilité, il me semble, à soumettre au chloroforme les femmes, pour les examiner dans les cas analogues.

M. Guéniot. Dans les cas de ce genre, il faut poser en principe que toutes les fois qu'il n'y a pas urgence à intervenir par une opération, il faut s'abstenir et remettre l'intervention à une autre époque; cette conduite n'a jamais d'inconvénients. Je réserve d'ailleurs complètement la question du réveil des contractions fœtales sous l'influence de l'anesthésie.

Il faut, aussi, ne pas négliger, pour le diagnostic des cas douteux de grossesse, de rechercher un signe indiqué, il y a longtemps, par Paul Dubois, et qui a été donné comme nouveau, il y a quelques années, par certains accoucheurs anglais. Je veux parler de la recherche de la contractilité de l'utérus. Quand on manipule le globe utérin, distendu par une grossesse, on sent ses parois se contracter sous la main. Cette contraction est tout à fait démonstrative.

M. Terrier. Dans un cas semblable à celui de M. Le Fort, j'ai été consulté, il y a quelques années, par notre collègue M. Cruveilhier, pour une malade de son service, à la Maison de Santé. C'était une femme qui portait des tumeurs fibreuses de l'utérus et qui était dans un état général grave. Il y avait doute sur la coexistence d'une grossesse, et je donnai le conseil d'attendre. La malade accoucha, en effet, avant terme, quelque temps après.

Le signe indiqué par M. Guéniot n'est pas toujours facile à constater. Il faut, pour le percevoir, que l'utérus soit déjà très déve-

loppé, et, d'autre part, les corps fibreux peuvent donner, sous la main, la même sensation de contraction.

M. Polaillon. Je désirerais savoir si M. Le Fort a employé le cathétérisme utérin pour établir le diagnostic chez sa malade.

M. Guéniot. Le cathétérisme utérin est contre-indiqué dans ces cas, parce que, s'il y a grossesse, il amène l'avortement. Quant à la contraction utérine, je ne saurais trop insister sur sa valeur comme signe diagnostique. Dans un cas semblable, il m'a permis de reconnaître la grossesse.

C'était chez une femme que M. Marchand me pria d'examiner dans son service. Il soupçonnait chez elle une grossesse extra-utérine, et il y avait un certain nombre de raisons pour admettre ce diagnostic. Mais, en examinant la malade, je fus frappé par l'existence de contractions qui se produisirent sous ma main. Or, dans l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine, la poche kystique ne pouvait être contractile. Je rejetai donc l'idée d'une grossesse extra-utérine pour admettre une grossesse simple. Par le fait, il y eut, ultérieurement, accouchement normal.

M. Trélat. J'appuie d'une manière générale le précepte formulé par MM. Guéniot et Terrier. Dans tous les cas où l'on soupçonne une grossesse, il faut attendre et ne pas intervenir quand il n'y a pas d'accidents menaçants. C'est la conduite que j'ai tenue, l'été dernier, pour une dame qui me fut adressée par un jeune chirurgien de province.

Elle avait eu antérieurement deux enfants, et ses règles étaient habituellement régulières.

L'apparition de la tumeur avait coïncidé avec la suppression des règles. Je pensai qu'il pouvait y avoir grossesse, et je conseillai simplement d'attendre. Deux mois plus tard, lorsque je revis cette dame, mes doutes furent plus accentués encore, et je répondis qu'il n'y avait aucune raison de tenter quoi que ce fût avant qu'un temps suffisant se fût écoulé pour juger la question de la grossesse. Or, quelques mois plus tard, le mari de cette dame me faisait part de la naissance d'un enfant.

M. Le Fort. Il me semble que la discussion dévie quelque peu. En effet, dans le cas que je viens de rapporter, je ne me suis décidé à intervenir que parce qu'après un examen prolongé il ne me restait plus de doutes. J'avais recherché les signes de la grossesse, et je n'en avais constaté aucun. D'autre part, la malade réclamait une opération. J'ai voulu, en communiquant ce cas à la Société, appeler l'attention sur la possibilité du réveil des mouvements du fœtus, par l'anesthésie chloroformique.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 42.6.86. *Le Gérant :* G. MASSON.

M. Polaillon. Lorsqu'il existe un corps fibreux, et qu'en même temps il y a doute sur la coexistence d'une grossesse, je pense qu'il n'en faut pas moins pratiquer le cathétérisme utérin. Sans doute, on court le risque de provoquer l'avortement, mais ce risque ne doit pas arrêter le chirurgien et se trouve fort diminué lorsqu'on fait le cathétérisme avec un instrument souple et que l'on n'insiste pas, dès que l'on sent un obstacle à la pénétration de l'instrument.

M. Marchand. La malade de mon service dont vient de parler M. Guéniot était enceinte de huit mois et portait un kyste du vagin. C'est à la suite de la ponction de ce kyste qu'elle accoucha.

A propos du procès-verbal.

Rétrécissement de l'urèthre. — Uréthrotomie interne. — Guérison,

Par M. E. Kirmisson.

La communication faite par M. Le Dentu sur l'uréthrotomie interne me paraît du plus haut intérêt, puisque les chirurgiens sont loin d'être encore d'accord sur la valeur de cette opération. Comme l'a montré la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance, les uns sont partisans de l'uréthrotomie interne, les autres disent ne l'avoir jamais pratiquée. Il est bien évident qu'aucun procédé applicable aux rétrécissements de l'urèthre ne saurait avoir la prétention d'être curatif, puisque le tissu fibreux qui constitue le rétrécissement a une tendance invincible à la rétraction, et tôt ou tard reproduit inévitablement la lésion; aussi faut-il choisir parmi ces procédés celui qui présente le moins de dangers. C'est évidemment la dilatation temporaire et lentement progressive qui réalise le mieux cette condition. Aussi, me conformant aux principes précédents, n'ai-je trouvé que quatre fois l'occasion de pratiquer l'uréthrotomie interne. Les quatre malades ont guéri.

Je n'insisterai que sur la dernière de ces opérations, qui présente seule un réel intérêt.

Rétrécissement très étroit de l'urèthre compliqué de cystite et de néphrite.— Intolérance de la sonde à demeure.— Rétention d'urine et fièvre urineuse. — Uréthrotomie interne. — Guérison, par E. Kirmisson.

Le nommé Leroux (Louis), âgé de 46 ans, maçon, est entré le 14 octobre 1885 dans le service de M. Le Fort, que j'avais l'honneur de suppléer à l'hôpital Necker. Ce malade fait remonter sa maladie actuelle à deux ans. A ce moment, il a eu une rétention d'urine; pendant six

mois, on lui a pratiqué le cathétérisme; il a d'abord été traité pendant trois semaines par la sonde à demeure; puis on l'a sondé tous les jours avec de fines bougies. L'amélioration produite par ce traitement a duré six mois. Depuis un an, la miction est redevenue difficile. Aujourd'hui, le malade urine par un jet filiforme. Les besoins d'uriner reviennent toutes les cinq minutes ; le malade rend une urine trouble renfermant un dépôt abondant constitué par du pus et du sang. La pression exercée au niveau de la vessie détermine une violente douleur; il y a aussi de la sensibilité au niveau de la région lombaire du côté gauche. En un mot, ce malade présente des symptômes très nets de cystite et de néphrite. Les douleurs vives, les besoins incessants d'uriner le privent de sommeil.

L'exploration de l'urèthre faite avec une bougie olivaire permet de constater un premier rétrécissement dans la portion pénienne à 7 centimètres environ du méat. Un second rétrécissement existe à 12 centimètres du méat, c'est-à-dire au niveau du collet du bulbe. Ajoutons qu'il existe aux deux sommets des poumons de la submatité et de l'expiration prolongée.

Le 16 octobre, une bougie filiforme peut être introduite à travers le rétrécissement et est laissée à demeure.

Le 18, la bougie à demeure, qui était sortie de l'urèthre, est réintroduite.

Le 20 octobre, le malade supporte très mal la bougie à demeure; il a de la fièvre, de violentes douleurs le long du canal, et une rétention complète d'urine. Aucune sonde, si petite qu'elle soit, ne pouvant être introduite, je pratique séance tenante la ponction de la vessie avec une fine aiguille et l'appareil aspirateur. J'évacue ainsi un litre d'urine noirâtre, ammoniacale, extrêmement fétide. Je m'abstiens, bien entendu, d'introduire une nouvelle bougie dans l'urèthre.

Le lendemain, 21 octobre, la rétention d'urine persiste; la vessie remonte presque jusqu'à l'ombilic. En présence de ces symptômes, et bien que le malade ait eu la veille au soir 39°,4 de température, je pratique séance tenante l'uréthrotomie interne. Le rétrécissement est tellement dur et tellement étroit que l'introduction de la tige conductrice est difficile et doit être pratiquée avec beaucoup de précautions et de lenteur. Elle pénètre cependant dans la vessie, et l'uréthrotomie interne est faite avec un instrument dont la lame et le conducteur réunis représentent le n° 22 de la filière Charnière. Je place à demeure une sonde à bout coupé du n° 16. L'écoulement de sang est insignifiant. L'urine qui s'échappe par la sonde répand une odeur infecte.

Le 22 octobre, la sonde, qui a donné issue à 4 litres environ d'urine renfermant une très grande quantité de pus, et qui est restée en place pendant vingt-quatre heures, est supprimée. La température est à 37°,4.

Le 23, une amélioration considérable s'est produite dans l'état du malade; il urine par un jet assez gros et ne souffre que très peu. Mais le soir, il a un nouvel accès de fièvre; la température s'élève de nouveau à 40°.

Le 24 au soir, la température s'élève encore aux environs de 39° ; mais, à partir de ce jour, elle s'abaisse graduellement, pour ne plus remonter.

Le 26, le malade rend environ deux litres d'urine dans les vingt-quatre heures ; ces urines renferment beaucoup moins de pus ; il vide complètement sa vessie.

Le 31 octobre, dix jours par conséquent après l'uréthrotomie interne, je pratique pour la première fois le cathétérisme ; une sonde n° 16 passe aisément et permet de faire des lavages de la vessie avec l'eau boriquée qui sont très bien tolérés et ne provoquent aucune douleur.

Les lavages ont été continués chaque jour dans le courant de novembre, et le 23 novembre ce malade est parti pour Vincennes, ne souffrant plus de la vessie et n'ayant plus de fréquence anormale dans les mictions.

En résumé, voici un malade chez lequel un rétrécissement très serré, se compliquant de cystite et de néphrite, a nécessité d'urgence l'uréthrotomie interne. Et chez lui, l'opération, malgré la présence de la fièvre, des lésions vésicales et rénales, a donné le plus heureux succès.

Discussion.

M. Terrier. Dans ces trois dernières années, j'ai fait, à l'hôpital Bichat, onze uréthrotomies internes : une en 1883, deux en 1884, et huit en 1885. Jamais il n'y a eu d'accidents.

Une de ces opérations a été pratiquée sur un malade atteint d'une tuberculisation aiguë. Il a été très soulagé dès qu'il a pu uriner librement, et il est mort ensuite des progrès de sa maladie.

D'autre part, la seule fois que j'ai employé la dilatation par le procédé de M. Le Fort, j'ai eu un désastre. C'était sur un individu jeune, un peu entaché peut-être d'alcoolisme et de syphilis. Son rétrécissement admettait une bougie du n° 4 ou 5. J'ai pu dilater le rétrécissement comme le fait M. Le Fort, mais vingt-quatre heures après l'opération des pétéchies apparurent, et au bout de quarante-huit heures le malade mourait de septicémie aiguë.

Sur la proposition de M. Tillaux, la suite de la discussion est remise à une séance ultérieure.

Rapport

Sur un travail de M. Galezowski, intitulé : *Du traitement du staphylome conique par l'excision d'un lambeau semi-lunaire de la cornée.*

Rapport par M. F. Terrier.

Tel est le titre d'un travail de M. Galezowski, lu à la Société de chirurgie à la fin de l'année dernière, sur lequel j'ai dû faire un rapport.

Après quelques considérations générales sur la pathogénie du staphylome conique pellucide de la cornée, M. Galezowski, s'appuyant sur des recherches micrographiques faites par MM. Remy et Baraquer, recherches que d'ailleurs il ne relate pas, M. Galezowski, dis-je, est convaincu que dans cette affection la cornée a subi une *distension* et un *amincissement* considérables dans sa partie centrale. C'est une conclusion qui nous paraît fort acceptable et surtout très acceptée depuis de longues années ; mais que ce soit sous l'influence des muscles extrinsèques du globe que la cornée se distende et prenne la forme conique, le fait mériterait une démonstration un peu plus nette, quoi qu'en dise l'auteur. Du reste, il faut ajouter à cette pathogénie problématique la constitution faible, la débilitation produite par certaines maladies. M. Galezowski oublie encore, il est vrai, de mentionner ces maladies, ce qui n'eut pas été de trop, croyons-nous.

L'influence héréditaire est-elle acceptable ? Ici l'auteur distingue l'influence héréditaire de celle de la famille (?), et tout cela parce qu'il a observé une fois deux sœurs atteintes de cette affection, ce qui, d'ailleurs, pouvait tenir, dit-il, à leur constitution faible et anémique.

Si, comme vous pouvez en juger, la pathogénie du kératocone n'est pas d'une lucidité parfaite, il en serait de même de sa thérapeutique.

M. Galezowski rappelle à cet égard les opérations généralement préconisées : 1° celle de de Graefe, qui taillait un lambeau conique sur le sommet du cône, lambeau ne pénétrant pas dans la chambre antérieure, et qui était excisé puis suivi de cautérisation au nitrate d'argent ;

2° Le procédé de Bowmann, qui trépanait la cornée à son centre ;

3° Celui d'Abadie. Trépanation et iridectomie combinées.

Toutes ces méthodes opératoires sont rejetées par les auteurs du *Handbuch de* de *Graefe et Saemisch*, qui conseillent de traiter

le kératocone par l'ésérine et la pilocarpine, méthode adoptée, au moins pour l'éserine, par M. le professeur Panas.

Or, M. Galezowski a inventé un nouveau procédé de traitement du kératocone, et c'est ce procédé tout opératoire qu'il vous soumet après l'avoir expérimenté encore tout récemment sur une jeune fille.

Voici cette observation, que je reproduis textuellement, car elle est fort écourtée :

Staphylome pellucide des deux cornées. — Opération par le procédé de l'auteur. — Guérison.

Mlle Ch..., 24 ans, fille d'un myope, avait toujours joui, dit-elle, d'une excellente vue au loin. Ce n'est qu'en 1882 qu'elle s'est aperçue d'un affaiblissement de la vision à distance, à la suite d'une série d'accès de fièvre palustre. Elle vint me consulter la première fois en juin dernier et j'ai pu constater sur son œil gauche un kératocone très prononcé avec un affaiblissement de l'acuité visuelle porté à un degré tel que c'est à peine si elle pouvait distinguer et compter les doigts à 5 centimètres de distance. Dans l'œil droit, le staphylome est moins accentué et elle peut lire de cet œil le nº 2 à la distance de 10 centimètres, mais les lettres paraissent déformées.

A l'ophthalmoscope on constate dans les deux yeux une ombre caractéristique du staphylome, projetée sur le fond de l'œil.

Je pratique l'opération par mon procédé sur l'œil gauche, le 21 septembre 1885, et je maintiens les deux yeux fermés jusqu'au 14 octobre, époque à laquelle j'opère l'autre œil. Le pansement est fait avec les rondelles de gélatine et le bandage compressif. La malade n'a éprouvé que de légers picotements et n'a point souffert.

Aujourd'hui 19 novembre, les deux yeux sont guéris; il n'y a pas de déformation de la cornée et c'est à peine si on trouve de petites taies au-dessous de l'axe optique.

L'état actuel de la vision : O. D., $S = 1$, lit le nº 1 de l'échelle à 22 centimètres sans lunettes, et au loin elle voit avec 2.25 dioptries concaves.

O. G., $S = 1/3$, lit nº 1 sans lunettes à 9 centimètres; au loin elle voit avec 10 dioptries concaves.

L'auteur se félicite du résultat obtenu et en aurait obtenu d'autres non moins excellents dans 8 cas, car il dit avoir eu des succès 9 fois sur 11 cas.

Quelle est donc cette méthode opératoire?

Elle consiste en une excision d'un petit lambeau horizontal semi-lunaire au-dessous de l'axe visuel, long de 4 à 6 millimètres. Cette excision est ainsi faite : après 5 à 6 instillations de cocaïne, répétées en l'espace d'une heure, le globe oculaire est saisi à sa partie supérieure par une pince à fixation tenue de la main gauche; puis

le couteau de de Graefe est enfoncé dans la cornée, à 3 millimètres de son centre et à 2 millimètres au-dessous de son diamètre horizontal. La cornée est alors traversée de part en part, le tranchant du couteau étant dirigé en bas, et la contre-ponction est faite à 6 millimètres de la ponction. On taille alors un lambeau cornéen de 4 millimètres de hauteur. Abandonnant la pince à fixation à un aide, on saisit le lambeau avec une petite pince à iris et on l'excise dans toute sa longueur sur une hauteur de 2 à 3 millimètres selon le degré du staphylome.

Ultérieurement, il faut avoir recours aux instillations d'ésérine ou de pilocarpine, et surtout éviter l'atropine qui pourrait provoquer un glaucome. L'auteur oublie que l'ésérine a été accusée du même fait.

Dans sa dernière opération, M. Galezowski a pansé l'œil avec des plaques de gélatine imprégnées de cocaïne et de sublimé, le tout maintenu par un bandage compressif.

Nous ne pouvons discuter ici la valeur de ce pansement dit *gélatineux* par l'auteur. Toujours est-il que M. Galezowski recommande les pansements rares pour éviter l'ouverture de la chambre antérieure et les synéchies antérieures de l'iris, qui lui succèdent trop souvent. Dans les vingt opérations (il avait dit d'abord onze cas) qu'il a faites, l'auteur n'a eu que trois synéchies antérieures, attribuables à l'ouverture prématurée des paupières; aussi les laisse-t-il fermées douze à quinze jours.

Les douleurs sont très supportables ; elles consistent en sensations de graviers, en picotements; parfois cependant il y aurait des douleurs réelles. On combat ces accidents par l'arrosage de l'œil avec la solution de sublimé, mais sans ouvrir les paupières, qu'on peut aussi graisser avec de la vaseline boriquée.

Quels sont les résultats obtenus par l'auteur?

Dans un des premiers cas : adhérences iriennes et glaucome attribué à l'atropine.

Dans deux autres cas : synéchies antérieures et vision normale. Une fois, il y eut angine et ophthalmie croupales (?), d'où nécrose de la cornée.

Dans tous les autres cas, soit 16 fois, ou seulement 7 fois — car l'auteur dit d'abord 11 cas puis parle de 28 opérations — il y aurait eu des succès, voire même un rétablissement de l'acuité normale, ce que je n'ai pu constater chez la jeune malade dont M. Galezowski a relaté l'observation et qu'il m'a adressée.

L'opération de M. Galezowski n'est pas aussi nouvelle, d'ailleurs, qu'il paraît le croire.

Dans le volume Ier, p. 73, de la *Lancet* de 1872, M. Bader, *assistant-surgeon* à Guy's hospital, fit paraître un travail intitulé :

Treatment of conical cornea by removal of the top of the cone. Son premier malade fut opéré en 1863, et le dernier de cette série en août 1871. A cette époque, non seulement M. Bader excisait le sommet du cône formé par la cornée, mais il faisait la suture des parties excisées. L'examen était précédé de la transfixion de la cornée par une anse de fil; puis, cette anse passée, on taillait un petit lambeau avec un couteau à cataracte, on le saisissait avec une pince à iris, et enfin on l'excisait avec des ciseaux. Occlusion de la plaie parfois par une suture avec un fil de soie, suture que l'on enlève ultérieurement.

Ce premier procédé de M. Bader fut modifié; en effet, dans le compte rendu du Congrès périodique international d'ophthalmologie, 4e session, tenu à Londres en 1872 et publié à Paris en 1873, M. Bader communique, le 1er août 1872 (séance du soir), deux cas de cornée conique, chez lesquels, après avoir pratiqué l'excision du cône, il ne fit pas la suture.

« Son opération consiste, dit-il (p. 34), dans l'excision du cône, dont il n'est pas sans intérêt de faire connaître la manœuvre. J'ai l'habitude de faire une section à lambeau au moyen d'un couteau à cataracte, de saisir ce lambeau avec des pinces et d'en exciser, au moyen de ciseaux, une parcelle de la dimension d'une tête d'épingle. La chambre antérieure ouverte, l'humeur aqueuse s'écoule et l'œil reste couvert d'un bandage jusqu'à la guérison. »

Comme on le voit, M. Galezowski taille un lambeau en pénétrant jusque dans la chambre antérieure, comme le fait M. Bader. Puis il saisit ce lambeau avec des pinces à iris, toujours comme M. Bader, et enfin il en excise une partie plus étendue que ne le pratique M. Bader.

Et, d'ailleurs, M. Galezowski assistait à la séance du Congrès de Londres; il prit même la parole à propos de la communication de M. Bader.

« J'ai, dit-il (p. 38), opéré deux kératocones en faisant un petit lambeau inférieur très près du sommet du staphylome. J'en excisai alors un petit morceau de forme semi-circulaire et d'une étendue correspondante à la plaie, et je comprimai pendant deux à trois semaines. Les résultats furent excellents. L'un des malades pouvait lire le n° 5 de Giraud-Teulon, et l'autre le n° 7, bien que la plaie ne fût pas encore parfaitement guérie. »

Du reste, M. Galezowski ne fait suivre cette communication d'aucune réclamation de priorité, car il savait très probablement que les essais de M. Bader dataient de 1863.

En résumé, Messieurs, l'opération que vous propose M. Galezowski dérive absolument de celle de M. Bader, qui lui est bien antérieure; elle est peut-être plus efficace en ce sens que la résec-

tion de la cornée est plus étendue; mais elle doit courir les chances de déterminer un astigmatisme accusé, ce dont ne dit mot M. Galezowski, et en outre des cicatrices très accentuées.

J'ajouterai que dans son court historique il est regrettable que M. Galezowski n'ait pas cru devoir signaler les recherches intéressantes de M. Bader, dont il avait entendu la communication au congrès de Londres, le 1er août 1872.

Messieurs, je vous propose de déposer le travail de M. Galezowski aux archives et de lui adresser des remerciements.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

Sur un travail de M. G. Assaky, intitulé : *Étude expérimentale sur les fractures de la cavité glénoïde de l'omoplate.*

Rapport de M. Farabeuf.

Messieurs, ce travail est fort court, puisqu'il tient en deux pages développements et conclusions. Les matériaux nombreux qui ont

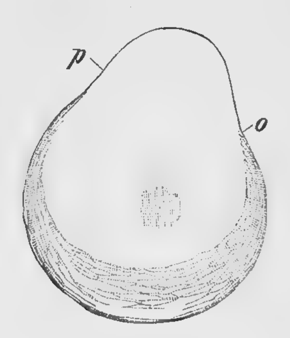


Fig. 1.

Cavité glénoïde de l'omoplate; tache correspondante au tubercule osseux sous-jacent au cartilage. La partie inférieure de la cavité est bordée et comme envahie par les fibres du sourcil glénoïdien.

servi à l'édifier ont été mis sous les yeux de votre rapporteur, et des échantillons de choix vont vous être soumis.

Remarquez d'abord sur cette omoplate adulte et sèche que le milieu de la cavité glénoïde s'élève en un plateau saillant d'un millimètre environ et large comme le bout du doigt. Ce plateau se révèle ordinairement à l'état frais par une tache jaunâtre due

à la minceur et à la transparence relatives du cartilage articulaire (*fig.* 1).

Cette disposition a porté M. Assaky à se demander si le centre de la cavité glénoïde n'était pas soumis à une fatigue spéciale; si la pression de la tête humérale n'était pas là plus forte qu'à la périphérie.

Pour répondre à cette question, M. Assaky a comprimé une lamelle de cire bleue entre la cavité glénoïde et la tête de l'humérus. Le résultat, le voici : c'est un ménisque convexe sur sa face glénoïdienne, concave sur sa face humérale, plus mince au centre, où

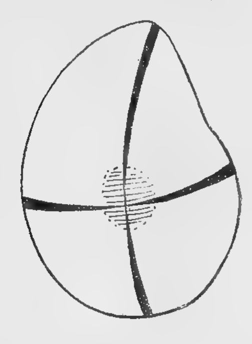


Fig. 2.

Lame de cire comprimée entre la tête humérale et la cavité glénoïde de l'omoplate. Les deux lignes diamétrales indiquent par leur largeur croissante, à partir du point de pression maxima, l'épaisseur également croissante du ménisque concave-convexe obtenu par la compression de la cire, le bras pendant.

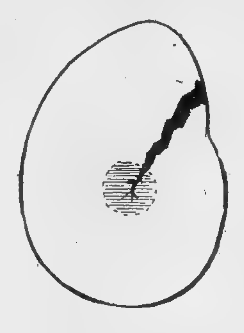


Fig. 3.

Fracture de la cavité glénoïde droite produite par un choc sur la tête de l'humérus pendant. Contact polaire central.

vous le voyez transparent, presque perforé (il l'eût été si la pression avait été poussée à l'extrême), que près de son pourtour, qui est parfaitement opaque et dont l'épaisseur dépasse 1 millimètre (*fig.* 2).

Nous sommes donc autorisé à conclure que dans l'articulation scapulo-humérale le contact cartilagineux sans interposition de synovie n'est pas général, mais juxta-central pour la glène scapulaire, et polaire pour la sphère humérale. Ce fait m'a beaucoup frappé, et je me propose d'examiner ultérieurement s'il ne doit pas devenir le point de départ de l'énoncé d'une loi générale régissant la construction des énarthroses et des condyles.

Mais le point de contact parfait, celui où par conséquent doit

s'exercer la pression maxima de l'humérus sur le scapulum, ne varie-t-il pas suivant les attitudes du bras? Sans contredit.

M. Assaky a étudié principalement trois attitudes : 1° bras pendant le long du corps; 2° bras porté horizontalement en avant dans l'attitude de la menace; 3° bras porté obliquement en arrière, position du pas gymnastique.

Les trois ménisques de cire que voici montrent : 1° que lorsque le bras est pendant le contact absolu ou polaire, et par conséquent la pression maxima, a lieu au centre ou un peu au-dessous du centre de la cavité; 2° que si le bras est dirigé en avant le contact polaire se déplace en avant; 3° que, pareillement, il se porte en arrière quand le bras est rejeté dans ce dernier sens.

On devine facilement qu'un choc violent reçu par la tête humé-

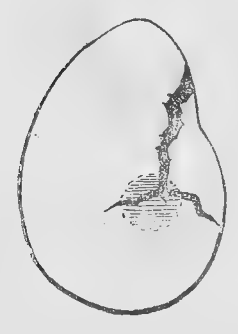


Fig. 4.

Fracture de la cavité glénoïde droite produite par un choc sur la tête de l'humérus dirigé en avant. Contact polaire précentral.



Fig. 5.

Fracture de la cavité glénoïde droite produite par un choc sur la tête de l'humérus, coude en arrière. Contact polaire rétrocentral.

rale, et transmis par elle à la cavité scapulaire, devra donner lieu à des traits de fracture glénoïdienne différents suivant l'attitude de l'humérus.

M. Assaky, à l'aide d'un humérus métallique dont la tête servait d'intermédiaire solide entre l'enclume (la glène fragile) et le marteau, a produit un grand nombre de fractures qui, pour les trois attitudes signalées plus haut, se rangent régulièrement dans les trois types suivants.

Le choc transversal sur la tête de l'humérus pendant donne un trait de fracture ascendant qui part du point de contact absolu, proche le centre, et aboutit devant le sommet glénoïdien (*fig.* 3).

Le choc transversal sur la tête de l'humérus porté en avant donne une fracture étoilée : deux grandes branches se portent en avant, la principale en haut, l'autre en bas ; une petite entame le

centre glénoïdien (*fig.* 4). Le noyau de l'étoile correspond au point de pression maxima précentral.

Enfin, le choc transversal sur la tête de l'humérus porté en arrière donne un trait ascendant qui part du point de pression maxima rétrocentral et monte derrière le sommet glénoïdien (*fig.* 5).

M. Assaky n'a pas mis l'omoplate dans un étau, il a opéré sur cet os rattaché au cadavre par ses liens naturels.

Il a toujours vu ses violences épargner la partie inférieure de la cavité glénoïde.

Il a produit souvent des fractures ou craquelures sous-cartilagineuses sans solution de continuité du cartilage glénoïdien.

Voici des pièces et des photographies qui le prouvent.

Les conclusions de votre rapporteur sont :

1° L'insertion du court mémoire de M. Assaky à la suite de ce rapport ;

2° Remerciements à l'auteur.

Étude expérimentale sur les fractures de la cavité glénoïde de l'omoplate,

Par G. Assaky, aide d'anatomie.

Dans l'articulation de l'épaule, la tête de l'humérus est maintenue exactement appliquée à la surface glénoïde par l'action combinée de la pression atmosphérique et de la tonicité musculaire. Cependant les surfaces articulaires sont disposées de telle façon que la pression qu'exerce la tête humérale sur sa cavité de réception n'est pas uniformément répartie.

Il existe, en effet, dans tous les cas, aussi bien quand l'humérus se déplace que lorsque l'articulation se trouve à l'état de repos, une région particulière, une zone circulaire où le contact est plus parfait, la pression plus forte, le frottement plus prononcé ; cette « zone de contact parfait » est large d'environ 1 centimètre.

Encore tous les points de cette zone petite et arrondie ne sont-ils pas soumis à une pression égale : celle-ci augmente à mesure qu'on se rapproche du centre de la zone, et c'est en définitive dans ce point central que vient se concentrer la pression exercée par la tête articulaire sur la surface glénoïdienne.

Le point de pression maxima occupe un siège précis, toujours le même, pour une situation donnée de l'humérus ; il se déplace lorsque l'humérus change de position. La situation de ce point est donc commandée par l'attitude de l'humérus.

Ce point de pression maxima, physiologique, joue un rôle important dans les fractures de la cavité glénoïde, spécialement dans

les fractures de cause indirecte, qui résultent principalement de l'action d'une violence transmise à la cavité par l'intermédiaire de la tête humérale restée intacte.

Les recherches expérimentales entreprises sur le cadavre démontrent en effet :

1° Que dans ces fractures indirectes la forme de la fracture est dans un rapport constant avec la situation de l'humérus ;

2° Que le trait de fracture simple ou multiple est toujours en rapport par une de ses extrémités avec le point de pression maxima physiologique ;

3° Qu'il existe dans la cavité glénoïde une région que ne traversent jamais les traits de fracture. Cette région occupe la partie inférieure de la cavité ; elle est soutenue par le bord axillaire de l'omoplate et est remarquable par la solidité de sa texture ;

4° Que le revêtement cartilagineux de la surface glénoïdienne peut transmettre au plan osseux sous-jacent une violence suffisante pour déterminer une fracture craquelée sans en garder lui-même aucune trace, aucune solution de continuité qui indique la rupture sous-jacente.

Discussion.

M. M. Sée. Les résultats que vient de nous communiquer M. Farabeuf sont intéressants, et je reconnais toute l'habileté des recherches de M. Assaky. Mais je ne me sens pas très disposé à en adopter complètement les conclusions.

Ces résultats ont, en effet, été obtenus sur le cadavre ; pour les confirmer, il faudrait un examen de pièces de fractures produites sur le vivant. Peut-être les musées d'anatomie pathologique eussent-ils présenté à M. Assaky quelques pièces de ce genre. Il aurait dû alors rechercher s'il y a concordance entre les lésions sur le vivant et celles qu'il a obtenues après la mort. Or, il y a généralement de grandes différences entre les lésions produites dans ces deux conditions.

Sur le vivant, je ne pense pas que les points de contact entre les surfaces articulaires soient identiques à ce qu'ils sont sur le cadavre, car la force musculaire intervient sans doute pour les modifier. D'ailleurs, les moules que nous présente M. Farabeuf montrent qu'il n'y avait pas dans les expériences de M. Assaky contact des surfaces articulaires, puisque le centre des ménisques est simplement aminci, mais non perforé.

Sur le vivant, suivant l'état de contraction ou de relâchement de tel ou tel muscle, on trouverait certainement, si la constatation était possible, des différences considérables, et la tête de l'humérus ne serait pas dans les mêmes rapports avec la cavité glénoïde.

M. Farabeuf. Il y a dans ce que vient de nous dire M. Sée beaucoup de vérités. Cependant il ressort des expériences de M. Assaky deux faits qui me frappent et me paraissent démontrés : 1° le contact polaire des surfaces ; 2° le changement des rapports suivant l'attitude du membre.

Jusqu'ici j'avais cru comme tout le monde qu'il y avait contact général des surfaces articulaires, tandis qu'il résulte des expériences nouvelles que la tête humérale exerce sur la cavité glénoïde une pression dont le maximum est limité à un point.

Pour ce qui est de l'étude des pièces recueillies sur le vivant, elle ne me paraît pas de nature à éclairer beaucoup la question, car on ignore généralement quelle était la position du membre au moment de l'accident.

M. M. Sée. Sans doute les pièces anatomiques que l'on trouve dans les musées ne sont pas toujours d'une étude facile, parce que les détails de l'observation font plus ou moins défaut, mais je ne puis que répéter qu'il existe, en général, des différences considérables entre ce qui se passe sur le vivant et sur le cadavre.

Je ne crois pas qu'on ait admis jusqu'ici la concordance des surfaces articulaires scapulo-humérales. Tous les traités d'anatomie enseignent, au contraire, qu'elle n'existe pas. Mais sur le cadavre le contact fait défaut : on en a la preuve dans la continuité des disques obtenus par M. Assaky, et l'on sait, d'ailleurs, que l'on peut arriver même à interposer un doigt entre ces surfaces. Or, sur le vivant, il ne se passe jamais rien de semblable.

Communication.

M. Routier lit un travail intitulé : *Névralgie mammaire datant d'un an. Ablation d'un lobule douloureux du sein. Adénome. Guérison.* (Commissaire : M. Terrillon.)

Présentations de malades.

M. Crimail, chirurgien de l'hôtel-Dieu de Pontoise, présente un malade atteint d'un *fongus de la dure-mère.*

D... (Joseph), 56 ans, homme de peine, veuf, père de quatre enfants, dont deux sont morts de la poitrine, deux autres sont en vie et en bonne santé. La mère de D... est morte à 44 ans, d'une affection de la poitrine. Deux de ses sœurs sont mortes de tumeur abdominale.

D..., qui s'était toujours bien porté, éprouve depuis huit à dix ans des douleurs de tête, principalement au côté gauche. Ces douleurs augmentèrent d'intensité il y a environ un an, époque à laquelle apparaissait une saillie au niveau de la région fronto-pariétale et temporale, saillie qui n'a fait qu'augmenter depuis. — Étourdissements fréquents. Diminution progressive de la vue de l'œil gauche.

D... ne s'était jamais fait soigner lorsque, le 9 février 1886, il entra à l'hôtel-Dieu de Pontoise.

A cette époque, on constate :

Facultés intellectuelles très faibles. Étourdissements fréquents. Syncopes. Parfois, quelques vomissements. Pas de troubles dans la parole. La sensibilité générale est conservée. Marche difficile, hésitante ; pas de réflexes des membres inférieurs. Amaurose complète de l'œil gauche ; l'œil droit, qui perçoit encore la lumière, ne donne que des sensations très vagues.

La voûte du crâne fait une forte saillie dans la région frontale, temporale et pariétale du côté gauche. Cette tumeur est dure à la périphérie, de consistance osseuse, sauf au centre, où, dans une étendue qui correspond à la partie la plus saillante, on rencontre à la palpation une tumeur élastique, douloureuse à la pression, circonscrite par un rebord osseux irrégulier. A cet endroit, malgré des examens fréquents et minutieux, M. Crimail n'a constaté que deux fois la présence de battements isochrones à ceux du pouls. Tout autour existe une dilatation vasculaire considérable artérielle et veineuse.

L'état général du malade est assez satisfaisant. Pas d'amaigrissement ; pas de fièvre ; appétit conservé.

Aujourd'hui l'état de D... est sensiblement le même que lors de son entrée dans le service. L'amaurose de l'œil droit est complète ; l'oreille gauche ne perçoit plus nettement les bruits ; la marche est plus pénible ; les facultés intellectuelles baissent tous les jours.

M. Crimail pense se trouver en présence d'un *fongus de la dure-mère*, affection pour laquelle il ne croit pas devoir intervenir, sauf avis contraire des membres de la Société.

Rétrécissement spasmodique du canal de l'urèthre, d'origine hystérique, chez l'homme,

Par le Dr Edmond DELORME, médecin-major de 1re classe, agrégé libre du Val-de-Grâce.

Le blessé que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie offre un exemple curieux de rétrécissement spasmodique.

Depuis cinq ans, il présentait des troubles de la miction ; difficulté d'uriner alternant parfois avec des mictions plus fréquentes ;

jet d'urine presque toujours filiforme, dardé à très faible distance, et parfois rétention complète d'urine.

Ces troubles résistèrent à tous les moyens thérapeutiques employés.

En novembre 1885, il est pris d'une rétention complète d'urine. On le sonde avec la plus grande peine; on ne peut introduire qu'une bougie de petit calibre, et, pour prévenir de nouveaux accidents, on pratique *l'uréthrotomie interne.*

L'uréthrotomie fait cesser les accidents; mais, deux mois après, ils reparaissent, et le blessé nous est adressé à l'hôpital Saint-Martin.

Nous reprenons alors son histoire, constatons qu'il n'a jamais été soumis aux causes ordinaires des rétrécissements (blennorrhagie, traumatisme), et mettant en doute le diagnostic allégué antérieurement, nous nous arrêtons à l'idée d'un rétrécissement spasmodique. Le bromure de potassium, les cathétérismes répétés avec les Béniqué, dont nous pouvions, avec de la patience, introduire les plus gros numéros, les bains, amenèrent une atténuation des symptômes, nous confirmant dans notre diagnostic, sans toutefois amener leur disparition.

Nous avions aussi recherché sans succès, au lit du blessé, les causes invoquées du spasme d'origine nerveuse (maladies de la moelle, ataxie, affections cérébrales, excès vénériens, masturbation) sans rien trouver, quand la lecture de son observation, que nous lui avions fait écrire, nous renseigna sur la névrose dont il était atteint.

Notre homme était un hystérique, il présentait une hémi-anesthésie gauche portant sur la sensibilité générale et la sensibilité spéciale aux organes des sens (vue, ouïe, odorat, goût), avait eu des accès de somnambulisme spontané dans l'enfance et en présentait encore. Il fut hypnotisé à plusieurs reprises devant nos collègues de l'hôpital, et on a pu faire cesser par suggestion ses accidents de rétention, ses troubles de miction.

Notre blessé a donc présenté un exemple rare de rétrécissement spasmodique d'origine hystérique.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

E. DELENS.

Séance du 19 mai 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Projet d'érection d'un monument en l'honneur de* Jacques Daviel, *à la Barre, son lieu de naissance,* par la Société libre de l'Eure ;

3° *Traitement de la stérilité chez la femme,* par le Dr Champouillon ;

4° Le *Gay-Lussac,* Revue des sciences et de leurs applications, journal publié par la Société Gay-Lussac (de Limoges) ;

5° *Rétention des règles par imperforation de l'hymen ; ponction ; injections antiseptiques ; guérison,* par le Dr Béhu (de Dijon) (M. Berger, rapporteur) ;

6° M. le professeur Trélat demande à la Société de vouloir bien le nommer membre honoraire ;

7° *Sur un point de la technique des opérations plastiques sur le palais,* par le Dr E. Dudon, chirurgien de l'hôpital de Bordeaux. (Commissaire : M. Terrier.)

A propos du procès-verbal.

M. Le Dentu présente un moule provenant du musée de l'hôpital Saint-Louis. C'est celui d'une verge avec sclérème des enveloppes développé sous l'influence de fistules multiples à la suite d'un rétrécissement de l'urèthre. Ce rétrécissement siégeait dans la partie antérieure du canal et s'étendait jusqu'au collet du bulbe.

Le malade, homme d'une soixantaine d'années, était entré dans le service dans un état d'épuisement extrême, avec un facies anémié et la teinte blafarde propre à ce genre d'affection. Il avait de la polyurie et une double néphrite interstitielle.

M. Le Dentu fit la dilatation temporaire du canal et arriva à introduire une bougie n° 17. Mais par suite d'une interruption de la dilatation, en quatre jours tous les résultats acquis furent perdus. La dilatation permanente fut pratiquée et permit d'arriver jusqu'au n° 15 ou 16. A ce moment, le malade, en bon état, voulut quitter l'hôpital, et n'a pas repris le traitement. Ce cas intéressant pourra être utilisé dans la discussion pendante sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Du cathétérisme rétrograde,

Par M. Charles Monod.

Je tiens à réparer une omission importante faite par moi dans le travail que je vous ai lu récemment sur le *cathétérisme rétrograde.*

Je croyais avoir relevé les principales observations du cathétérisme rétrograde pratiqué à l'aide de la taille sus-pubienne dans les cas d'obstacle absolu au cathétérisme antérieur. Je dois avouer que j'en ai laissé échapper quatre, intéressantes à des titres divers, qui appartiennent toutes les quatre à nos savants et honorés collègues, les Bœckel de Strasbourg : les trois premières à M. Eugène Bœckel, la quatrième à M. Jules Bœckel.

Elles ont été publiées dans une thèse sur la *Cystotomie sus-pubienne,* soutenue à Strasbourg par le Dr Garcin en 1884, que je regrette de n'avoir pas eue à temps entre les mains.

I. La première et non la moins remarquable de ces observations date de 1868. Ce fait doit donc prendre rang immédiatement après celui de Giraldès, qui est de 1867. Il s'agit d'un enfant de 20 mois, atteint d'hypospadias et de rétrécissement congénital de l'urèthre : dysurie extrême, cathétérisme impossible.

M. Eugène Bœckel, à qui le petit malade avait été confié, se décide à aller à la recherche de l'urèthre par le périnée. De ce côté aussi les tentatives restent infructueuses. Il pratique alors la cystotomie sus-pubienne, engage facilement dans le col par l'ouverture faite à la vessie une petite sonde d'argent qui vient sortir par la plaie du périnée; le canal de l'urèthre avait donc été ouvert mais non reconnu : un stylet introduit d'arrière en avant par la même plaie dans l'urèthre antérieur arrive presque dans la lèvre droite du méat, au sommet de laquelle existe une ouverture comme une pointe d'aiguille; c'est par là que l'enfant faisait sortir l'urine. Avec un petit bistouri on fend la paroi interne de ce canal dans le méat urinaire, de façon à y faire aboutir l'urèthre.

Le stylet sert alors à entraîner à travers le canal un petit tube à drainage qu'on fait ressortir d'autre part par la plaie vésicale. Ce tube fut supprimé le troisième jour, et l'on se contenta du cathétérisme fait deux fois par jour. Onze jours après l'opération, l'enfant urinait par le canal. Au bout d'un mois, les plaies hypogastriques périnéales étaient fermées. La guérison était complète.

Le beau succès obtenu par M. Eugène Bœckel méritait assurément d'être enregistré. Le jeune âge du malade, la nature de l'obstacle qui s'opposait au libre passage de l'urine, l'heureux résultat de la tentative hardie faite pour en triompher, tout concourt à augmenter l'intérêt de ce fait, qui était et est encore sans précédents.

II. Une autre observation du même auteur appartient, au contraire, à la catégorie de celles dont nous avons, dans notre travail, cité plusieurs exemples; mais à l'époque où l'opération fut pratiquée (1873), elle pouvait à bon droit être considérée comme une audace chirurgicale.

C'était chez un vieillard de 71 ans, atteint d'un rétrécissement tellement étroit de l'urèthre que, pour procurer libre passage à l'urine, on dut pratiquer une uréthrotomie externe. Le bout postérieur ne pouvant être découvert dans la plaie, M. Eug. Bœckel fit, séance tenante, la taille sus-pubienne et put, par ce moyen, faire pénétrer dans la vessie une sonde qui ressortait par le méat. Les accidents persistèrent et le malade succomba le cinquième jour qui suivit l'opération.

L'autopsie montra que la vessie présentait un énorme diverticulum qui s'élevait en haut jusqu'à l'ombilic et descendait en bas jusque dans l'espace de Douglas. Il ne communiquait avec la cavité vésicale que par une petite fistule, admettant à peine un stylet ordinaire. Il n'est pas étonnant que dans ces conditions l'opération n'ait pas apporté le soulagement attendu.

III. Je rapproche immédiatement de l'observation qui précède celle de M. Jules Bœckel [1]. L'intervention chirurgicale fut cette fois, malgré la gravité du cas et certaines difficultés opératoires heureusement surmontées, suivie du plus heureux succès.

Il s'agit ici encore d'un rétrécissement absolument infranchissable (chez un homme de 47 ans), s'accompagnant de rétention complète d'urine, et nécessitant une uréthrotomie externe d'urgence. La recherche du canal fut des plus laborieuses; le périnée était transformé en un tissu dur, calleux, ne saignant pas. Ni le

[1] GARCIN, *Thèse*, p. 93;—*Gazette médicale*, Strasbourg, mai 1884, n° 5, p. 52.

bout postérieur, ni même le bout antérieur, dont la découverte est ordinairement facilitée par l'introduction d'une bougie par le méat, ne purent dans ce cas être retrouvés. De plus, aucune goutte d'urine ne s'écoulait de la vessie dans la plaie. Après une demi-heure de recherches, M. Jules Bœckel pratiqua la taille sus-pubienne.

La vessie ouverte, il parvint sans peine à faire pénétrer une sonde métallique dans l'orifice vésical de l'urèthre, mais il ne put l'engager au delà de 2 centimètres dans le canal, qui est incrusté de sels calcaires. Une sonde cannelée est alors substituée au cathéter; en exerçant une certaine pression, on parvient à la faire saillir dans la plaie périnéale, et, grâce à elle, à introduire dans la vessie une sonde qui ressort par le périnée.

L'indication majeure était dès lors remplie; le malade pouvait vider sa vessie. L'opération durait depuis cinq quarts d'heure, M. Jules Bœckel crut prudent de remettre à plus tard la recherche du bout antérieur.

Il y procéda vingt jours plus tard, l'état général de l'opéré étant alors des plus satisfaisants, les plaies de bon aspect, l'écoulement de l'urine par le périnée assez facile.

Je n'insiste pas sur les détails de cette seconde opération, qui consista en une véritable reconstitution de l'urèthre, réduit sur une longue étendue à un conduit à peine visible. Je relève seulement ce point intéressant : à savoir que la sonde introduite par voie rétrograde dans l'orifice vésical de l'urèthre, lors de la première intervention, n'avait pas pénétré dans le bout postérieur; elle était restée à un demi-centimètre en dehors du canal effectif, qui cette fois put être facilement retrouvé. L'opération, habilement conduite, eut le résultat le plus heureux et le plus complet.

La sonde à demeure placée dans le canal refait put être enlevée définitivement quinze jours plus tard. Le malade urinait par le méat et l'on commençait la dilatation avec un Béniqué n° 32.

Deux mois après la seconde opération, il quittait l'hôpital, absolument guéri.

Je connais peu de faits qui mettent mieux en évidence l'utilité du cathétérisme rétrograde.

IV. La dernière observation dont j'ai à vous faire mention se rapporte à une rétention d'urine d'origine prostatique chez un vieillard de 79 ans. Ce fait, bien antérieur à celui du D[r] Rohmer, est le premier exemple connu du cathétérisme rétrograde par taille sus-pubienne, pratiqué au cours d'une hypertrophie prostatique.

Une fausse route rendait le cathétérisme antérieur impossible. Grâce la taille, on put facilement faire pénétrer dans l'urèthre, d'arrière en avant, une sonde qui fut laissée à demeure. Mais elle

ne put être supportée et dut être promptement retirée. Sept jours après l'opération, le malade mourait avec tous les signes d'une pneumonie hypostatique, constatée d'ailleurs à l'autopsie ; l'urine avait cependant repris son cours par l'urèthre, bien qu'un tube ait été maintenu à demeure dans la vessie à travers l'incision hypogastrique.

Peut-être l'opération eût-elle eu un effet utile, si des accidents ultérieurs, qu'expliquaient suffisamment le grand âge du malade, n'avaient hâté la terminaison fatale.

En somme, messieurs, la lecture et l'étude de ces nouveaux faits ne modifient pas sensiblement les conclusions auxquelles j'étais arrivé :

1° Je persiste à croire que le cathétérisme rétrograde pratiqué à l'aide de la taille suspubienne constitue une bonne opération à opposer aux rétrécissements infranchissables de l'urèthre lorsque l'incision périnéale n'a pas permis de découvrir le bout postérieur.

J'ai dit que le cas de mort observé par Eug. Bœckel était suffisamment expliqué par les désordres graves antérieurs à l'opération que l'autopsie avait révélés.

2° J'accentuerais plutôt aujourd'hui les réserves que je faisais sur l'emploi de la même manœuvre dans les cas d'hypertrophie de la prostate avec fausses routes. Dans le fait d'Eug. Bœckel comme dans celui-ci de Rohmer, la sonde introduite par ce moyen dans l'urèthre ne put être laissée à demeure.

J'ai déjà dit que si une pareille éventualité devait toujours se produire, on pourrait peut-être se contenter de ponctions capillaires, laisser à la prostate le temps de se décongestionner ou aux fausses routes celui de guérir.

Je note cependant que le malade de Bœckel comme celui de Rohmer paraissent avoir retiré quelques avantages du maintien, même passager, de la sonde à demeure.

La question reste donc à l'étude. Ce n'est pas avec deux observations qu'elle peut être tranchée.

Communication.

Note à propos des transformations et récidives de certains kystes multiloculaires de l'ovaire,

Par le Dr Terrillon.

Dans un premier travail que j'ai présenté à la Société de chirurgie en avril 1885, j'avais réuni un certain nombre de faits qui

tendaient à prouver que quelques kystes ovariques multiloculaires pouvaient récidiver et donner lieu à des productions secondaires. J'avais montré que quelquefois aucun caractère extérieur spécial ne pouvait faire soupçonner cette malignité. C'est en m'appuyant sur les travaux histologiques de Malassez et de Sinéty et du professeur Olshausen que j'avais pu exposer la théorie rationnelle de la récidive d'un certain nombre de ces tumeurs ovariques.

Deux exemples personnels et une trentaine d'autres faits publiés par différents auteurs, unis à ceux décrits par Malassez, avaient servi de base à ce travail. Ils ne constituaient du reste qu'une simple démonstration clinique de ce qui avait été démontré et prévu par les anatomo-pathologistes.

En novembre 1885, je présentai une nouvelle observation, que je n'ai pas à rappeler ici, et qui démontrait combien il fallait se méfier de ces récidives à distance de tumeurs qui avaient jusqu'ici passé pour assez bénignes. Depuis cette époque, M. le D[r] Poupinel a fait sur ce sujet sa thèse inaugurale.

Je me proposais de rechercher sur les malades qui m'étaient confiées si je ne trouverais pas de cas analogues, et de continuer ainsi l'enquête que j'avais commencée sur ce sujet. J'ai été assez heureux pour recueillir deux observations nouvelles, que je vais rapporter brièvement en les faisant suivre de quelques réflexions.

Observation I. — Femme de 57 ans, bien réglée, sans enfants, ordinairement bien portante, qui s'est aperçu, il y a quatre ans, que son ventre augmentait.

Depuis, cette augmentation a été progressive. Elle entre à la Salpêtrière au commencement de janvier 1886.

L'examen démontre les détails suivants :

La malade est gênée surtout par le volume de la tumeur, qui donne actuellement au ventre, parfaitement arrondi, 68 centimètres de tour.

La tumeur présente une ligne de matité à convexité supérieure. Elle est tendue, uniforme et peu fluctuante. L'utérus est petit, mobile, et les culs-de-sac ne présentent aucune altération. L'opération eut lieu le 7 janvier 1886 à la Salpêtrière, avec l'aide de MM. Schwartz et Kirmisson. Elle dura une heure et demie.

Incision de 35 centimètres, dépassant l'ombilic. Une grande poche contenant 12 litres de liquide fut ponctionnée. Elle donna un liquide filant et brunâtre. On est obligé de déchirer des adhérences multiples unissant la tumeur à la paroi abdominale; celles-ci existaient surtout sur les deux masses principales de la tumeur qui s'avançait dans les deux hypochondres. Quelques ligatures au catgut furent placées sur les débris de ces fausses membranes.

Le kyste occupe l'ovaire droit; son pédicule est gros, tordu sur lui-même. Il est coupé, après avoir été lié avec trois sutures en anse.

Perte de sang assez abondante pendant l'opération par la déchirure des adhérences.

L'autre ovaire (le gauche) est transformé en une tumeur solide, sans kyste, du volume d'une orange. Il est enlevé également et le pédicule lié avec deux ligatures en soie. Je fermai la plaie avec douze sutures profondes. Les suites furent parfaites et sans aucun incident notable; les fils sont enlevés le huitième jour et la malade fut considérée comme guérie au bout de quinze jours.

Examen des deux tumeurs. — L'ovaire gauche était transformé en une tumeur solide, sans cavité kystique. Le centre rénal était un peu ramolli par un foyer hémorrhagique. Examinée au microscope avec grand soin, elle ne laissa aucun doute sur sa nature sarcomateuse à cellules fusiformes.

Le kyste du côté droit était franchement multiloculaire, sans grosses végétations, mais présentant, dans la partie qui avoisinait son pédicule, un large gâteau assez épais formé par de petits kystes multiloculaires agglomérés et contenant des liquides variables.

L'examen histologique montra tous les caractères de l'épithélioma mucoïde décrit par Malassez et de Sinéty. Les parois des kystes étaient tapissées par des cellules métatypiques et surtout des cellules cylindriques.

Dans les parois, on ne trouvait pas de parties notablement épaisses, comme on en rencontre souvent, et qui indiquent ordinairement une production maligne. Cependant l'examen microscopique permit de retrouver dans certains points des amas qui étaient nettement constitués par du sarcome au début.

Cette malade est actuellement rentrée chez elle bien portante.

L'avenir nous apprendra comment se sera comportée cette tumeur et si elle a récidivé.

La seconde observation est moins intéressante puisque la pièce anatomique n'a pas été fournie par une opération, mais a été trouvée à l'autopsie. Cependant elle démontre, comme la précédente, que les deux ovaires peuvent être atteints simultanément, l'un, de kyste multiloculaire ayant les apparences ordinaires de ce genre de tumeur; et l'autre, de sarcome en voie d'évolution.

Obs. II. — Mme K..., âgée de 38 ans, m'a été adressée à la Salpêtrière par M. le Dr Levillain.

Cette femme porte, depuis huit ans, une tumeur de l'abdomen. Elle a été ponctionnée, depuis trois ans, six ou sept fois; on a toujours retiré de 8 à 10 litres de liquide citrin vert filant, probablement ascitique.

Cette malade a eu, à différentes époques, des accidents de péritonite du côté gauche; elle est très affaiblie depuis quelques mois, aussi elle s'est décidée à venir demander une opération plus efficace.

A son entrée dans mon service, je constate une ascite considérable occupant l'abdomen, surtout en haut. En bas et à gauche, on sent une

tumeur solide qui semble adhérente à la paroi abdominale. Une ponction, qui donna 12 litres de liquide, montra que le liquide était bien du liquide ascitique. La composition chimique ne laissait aucun doute. Au microscope, on trouvait une grande quantité de cellules volumineuses arrondies, granuleuses et de dimensions variables. Indice assez important de la nature maligne de la tumeur abdominale, d'après quelques auteurs. Lorsque le liquide fut éxtrait, on put constater que toute la partie inférieure de l'abdomen et le bassin étaient occupés par une tumeur irrégulière bosselée et immobile. Une des bosselures les plus volumineuses, située à gauche, était manifestement adhérente à la paroi abdominale.

Par le toucher vaginal, il était facile de constater que l'utérus était presque complètement immobilisé.

Au niveau du cul-de-sac gauche, on sentait une masse dure, qui semblait se continuer avec la tumeur intra-abdominale.

Le diagnostic était donc nettement : kyste multiloculaire de l'ovaire, adhérent dans le bassin et à la paroi abdominale avec ascite considérable.

L'opération, malgré le grand désir de la malade, semblait donc impraticable, surtout à cause de l'ancienneté de la maladie, qui faisait préjuger des adhérences très résistantes.

Malgré cela, pour donner à cette pauvre femme toutes les chances possibles, je pratiquai une incision, purement exploratrice, qui ne fit que confirmer et la nature et l'étendue des adhérences, surtout dans le bassin.

L'opération radicale était donc impossible.

L'ascite se reproduisit rapidement.

Une nouvelle ponction, pratiquée quinze jours après l'incision exploratrice, soulagea momentanément la malade. Mais celle-ci mourut douze jours après, épuisée par la reproduction abondante du liquide ascitique.

L'autopsie confirma pleinement tout ce qui a été indiqué plus haut, mais elle révéla une circonstance spéciale et tout à fait imprévue.

Le kyste qui constituait la tumeur principale venait de l'ovaire gauche.

Il avait contracté des adhérences indestructibles avec le bassin et une partie de la paroi abdominale. Les adhérences étaient anciennes et résistantes.

Il ne présentait à l'œil nu aucune apparence qui pût rappeler celle du sarcome, aucun épaississement notable par place, ni masse d'apparence charnue.

Il était formé par une multitude de kystes à contenu variable et le plus souvent gélatineux. Quelques-unes de ces poches présentaient des végétations petites et peu développées.

L'examen microscopique seul permettait de démontrer le revêtement épithélial de ces poches; cet épithélium correspondait à plusieurs types différents, cylindriques et caliciforme. Dans plusieurs points on trouve des épaississements constitués par du tissu sarcomateux, surtout

dans les points les plus épaissis, situés à l'entre-croisement des parois des kystes accolés.

. Tous les autres caractères étaient ceux des kystes multiloculaires avec végétation, c'est-à-dire qu'ils correspondaient aux épithéliomas décrits par Malassez.

L'autre ovaire (ovaire droit) était remplacé par une tumeur solide de la grosseur du poing, enclavée dans le petit bassin. Sur une coupe, celle-ci ne présentait ni kystes, ni cavité d'aucune sorte.

L'examen microscopique montre que cette tumeur était un sarcome en voie d'évolution rapide, car les cellules embryonnaires y étaient prédominantes. Il était très vasculaire.

Ces deux observations, que le hasard m'a fait découvrir à quelques semaines d'intervalle, semblent presque identiques. Mais ce qui ressort nettement de leur étude, c'est que, pendant le cours de l'évolution d'un kyste ovarique multiloculaire, l'autre ovaire peut être envahi, non pas par une tumeur kystique semblable à la précédente, mais par une tumeur franchement sarcomateuse. Ce fait est rare, puisque ordinairement, lorsque le second ovaire est envahi, c'est par un kyste multiloculaire épithélial assez semblable au premier. Or, chez nos deux malades, les deux tumeurs avaient non seulement un aspect absolument différent, mais différaient par leur structure histologique. En présence de cette exception, on doit se demander s'il s'agit là d'une simple coïncidence ou si, au contraire, il existe un rapport direct entre les deux productions.

Les résultats de l'examen microscopique peuvent seuls nous éclairer sur ce point et nous permettre de répondre à cette question.

Nous savons, en effet, que tout kyste multiloculaire, composé par une formation épithéliale, quelle que soit sa simplicité apparente, peut contenir, dès son origine et dans l'épaisseur de sa paroi, des amas d'éléments sarcomateux ou carcinomateux qui pourront se développer ultérieurement et à une époque indéterminée. Nous savons aussi que par des transformations successives certains points localisés dans la paroi de ces kystes peuvent subir tardivement une dégénérescence sarcomateuse ou carcinomateuse abondante.

Ces modifications ont été nettement indiquées par Malassez et de Sinéty. Elles montrent que ces kystes, dont la nature épithéliale indique déjà un certain degré de malignité, peuvent, par des transformations en certaines variétés de tumeurs plus actives et plus malignes, présenter de plus grandes chances de récidive ou d'extension.

C'est ce résultat que j'ai déjà montré dans mon premier travail

sur ce sujet, et qui avait été énoncé clairement par les histologistes que je viens de citer.

Les deux observations précédentes viennent donc confirmer les conclusions auxquelles les travaux antérieurs avaient déjà conduit, en montrant que, lorsqu'un kyste multiloculaire contient des masses sarcomateuses au milieu de tout l'ensemble épithélial de la tumeur, l'autre ovaire peut être, comme toute autre partie du corps, envahie par une seule variété des tissus constituant le premier kyste, c'est-à-dire par le sarcome.

Il se passe ici ce qu'on voit survenir dans les récidives de certaines tumeurs mixtes; un seul des tissus de la tumeur se reproduisant dans la récidive ou dans le point nouvellement envahi à l'exclusion des autres.

La parenté qui existe entre les tumeurs des deux ovaires est donc aussi évidente que possible, et elle indique bien que ces deux affections d'aspect microscopique différent se sont développées sous une même influence générale ; le transport des cellules d'une tumeur ovarique à l'autre ovaire semblant ici impossible.

Ce qui ressort de plus essentiel de cette constatation, c'est que, dans une tumeur mixte, c'est-à-dire composée de plusieurs tissus dont on a voulu faire des tissus absolument distincts par leur apparence, leurs éléments et même leur origine, la récidive ou la propagation à distance peut se faire sous une forme unique, c'est-à-dire en affectant un seul des éléments préexistant dans la tumeur mixte primitive. Il y a là une preuve évidente que la séparation si nette établie théoriquement entre les tumeurs n'est pas aussi radicale qu'on a voulu le montrer.

Aussi voit-on se produire actuellement une réaction contre cette tendance, et depuis quelques années des anatomo-pathologistes distingués semblent ramener la plupart des tumeurs au type épithélial. Ils montrent ainsi que les tumeurs dites complexes ou mixtes, développées au dépens d'un organe, comme l'ovaire, le testicule, la parotide, peuvent présenter dans leur intérieur des structures histologiques d'aspect variable dans différents points, mais que cet aspect est purement accidentel, l'origine des cellules étant toujours la même.

Cette présence de plusieurs tissus dans une même tumeur, s'unissant ensemble, se substituant les unes aux autres, montre bien que les néoplasmes ont une origine commune et ne diffèrent souvent que par des formes cellulaires ou des groupements de cellules qui n'ont rien de caractéristique.

M. le professeur Verneuil a, dans de récents travaux, réussi à démontrer ce fait intéressant, qu'un même individu, sous une influence encore inconnue, peut produire dans différents points de

son corps des néoplasmes de nature variable. Ce qui tendrait à prouver que l'origine de ces productions est commune et que leur composition seule change de caractéristique.

Mais cette discussion m'entraînerait trop loin, et je me contente d'avoir montré par mes deux observations combien les kystes de l'ovaire multiloculaires demandent à être examinés de près, car leur malignité est souvent à craindre.

Discussion.

M. Terrier. Je demanderai à M. Terrillon en quoi les conclusions de son travail diffèrent de celles qu'a données dans sa thèse M. Poupinel. Ce dernier auteur a montré, en effet, que les kystes de l'ovaire, en raison de la multiplicité des éléments qui entrent dans leur constitution, ont une tendance à devenir par la récidive des tumeurs malignes. Cliniquement, ils ne peuvent être considérés comme malins, et cependant un certain nombre d'entre eux récidivent et se généralisent.

M. Terrillon. J'ai surtout voulu montrer que dans les cas où un seul ovaire est atteint de kyste, l'autre ovaire, sans paraître kystique, peut présenter à l'examen histologique du tissu sarcomateux. Les faits de ce genre ne sont pas communs, et il est bon de les faire connaître. Il faut ajouter que, dans ces cas, l'ovaire atteint de kyste présente lui-même en certains points du tissu sarcomateux.

M. Terrier. Dans son travail, M. Poupinel a déjà établi que la généralisation après récidive des kystes de l'ovaire peut se faire suivant trois types : le type *épithéliomateux*, le type *sarcomateux* et le type *mixte.*

M. Terrillon. Avant la publication de la thèse citée par M. Terrier, ce fait avait été déjà établi par les travaux de Malassez, de de Sinéty et d'Olshausen, et dans le travail que j'ai publié moi-même ici en 1885. Les faits que je publie viennent à l'appui de ce qui a été dit par ces micrographes.

M. Bouilly. On a aujourd'hui une grande tendance à considérer les kystes multiloculaires de l'ovaire comme se rapprochant des tumeurs malignes et susceptibles de se généraliser. Cependant Lawson Tait a cité deux faits qu'il a suivis pendant quatre années après l'ablation, sans que la récidive se soit montrée. Aussi admet-il deux formes, dont une seule est assimilable aux tumeurs malignes.

M. Terrier. J'ai moi-même observé plusieurs faits analogues,

dans lesquels la récidive ne s'est pas montrée, bien que le microscope ait constaté que la tumeur était papillomateuse.

M. Verneuil. Le papillome n'a pas cliniquement de signification au point de vue de la malignité. Il se produit généralement dans les points soumis à des irritations répétées, par exemple à la vulve chez les femmes enceintes. Mais il peut subir une transformation et devenir malin. Ce qui me paraît constituer l'intérêt de la communication de M. Terrillon, c'est la dissemblance des néoplasmes dans l'un et l'autre ovaire. En général, lorsqu'il s'agit d'organes pairs, comme le testicule, la mamelle, il est rare que les tumeurs qui s'y développent ne soient pas de même nature.

M. Terrier. Dans les tumeurs de l'ovaire qui nous occupent, il n'y a pas à proprement parler développement d'un papillome, mais simple disposition papillaire du néoplasme. L'expression de papillome, dans ces cas, est donc une mauvaise expression.

M. Terrillon. Dans les faits que M. Terrier nous avait fait connaître, il s'agissait toujours de papillomes. Dans ceux que je cite, j'ai montré qu'on peut rencontrer du sarcome dans une partie des travées du néoplasme. C'est en cela que consiste l'intérêt de ma communication.

Communication.

M. Le Fort lit la première partie d'un travail sur le procédé de dilatation des rétrécissements de l'urèthre, qui lui est propre.

Le manuscrit de ce travail sera publié ultérieurement.

Présentation de malade.

M. Le Dentu présente une jeune femme de 27 ans, entrée, il y a trois mois, dans son service, avec un énorme *kyste du foie*, qui descendait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et donnait de la matité sur tout le pourtour du tronc. Il y avait même un peu de pleurésie du côté droit.

Le 18 février, une ponction exploratrice a été pratiquée et a donné issue à 2 litres d'un liquide qui, sans contenir de crochets, avait tous les caractères chimiques d'un liquide hydatique. Bien que toutes les précautions antiseptiques eussent été prises et que

le trocart eût été soumis au flambage, la température monta le soir même à 49°. Du reste, elle redevint normale dès le lendemain.

Du liquide se reproduisit quelque temps après dans le kyste. Puis la malade fut prise de pneumonie et passa dans un service de médecine. Lorsqu'elle revint, on constata l'absence de tout liquide dans le kyste, et ce résultat s'est maintenu jusqu'à ce jour.

Il semble donc qu'il y ait guérison après une simple ponction.

Hernie inguinale gauche incoercible. — Cure radicale. — Guérison, par M. Nicaise.

D..., âgé de 72 ans, parqueteur, entre à l'hôpital Laennec, salle Malgaigne, le 8 mars 1886.

Père et mère morts de maladie inconnue.

Le malade a eu neuf enfants; huit sont morts, dont l'un tuberculeux.

Le malade a eu une fluxion de poitrine, il y a vingt-cinq ans.

En 1870, il a fait une chute, et, au moment de cette chute, sa hernie est sortie pour la première fois et a atteint rapidement le volume du poing.

Il a pu la réduire sans difficulté. Un médecin reconnut deux hernies inguinales, et recommanda un bandage inguinal double.

La hernie droite fut bien contenue par le bandage, mais il n'en fut pas de même de la gauche, qui, dans les efforts, sortait sous le bandage. Le malade la réduisait complètement.

Les divers bandages qu'il usa successivement avaient tous le même inconvénient, c'est-à-dire qu'ils ne contenaient pas la hernie gauche.

7 *mars*. Le bandage du malade se rompit.

8 *mars*. Le 8 mars, le malade marchait sans bandage; sa hernie sortit brusquement en déterminant une vive douleur. Il n'eut pas de selle et ne rendit pas de gaz par l'anus. Pas de vomissements. Il entre à l'hôpital le même jour.

A son entrée, vieillard d'aspect vigoureux. Le facies est grippé. La respiration est courte et haletante, le malade se plaint vivement des douleurs que lui cause sa hernie. Le scrotum, du côté gauche, considérablement distendu, a le volume d'une tête de fœtus. En palpant la région, on trouve le testicule indépendant, en bas et en arrière de la tumeur. La tumeur elle-même n'est pas très tendue, plutôt rénitente que dure. Elle est sonore dans presque toute son étendue. La pression sur la tumeur ne détermine pas de douleurs, si ce n'est au niveau du pédicule. La peau n'est pas altérée et la tumeur, dans son ensemble, a une température normale.

L'abdomen est souple et indolent.

Réduction par le taxis sans anesthésie.

Le malade est en même temps porteur d'une hernie inguinale droite qui se réduit sans difficulté.

Double spica de l'aine pour maintenir la double réduction.

9 *mars*. Le lendemain, la hernie sort sous le spica et s'accompagne des mêmes phénomènes d'étranglement.

Depuis ce temps la hernie gauche sort fréquemment : tantôt le malade peut la réduire lui-même, tantôt on est obligé d'intervenir par le taxis; mais, toutes les fois que la hernie sort, elle détermine des phénomènes d'étranglement; ces accidents répétés fatiguent considérablement le malade, qui s'affaiblit.

23 *mars*. Le malade a considérablement maigri. Il a des vomissements fréquents, la langue sale; la nutrition souffre et la santé s'altère. Il y a indication à intervenir pour rendre la hernie coercible.

Dans ces conditions, une intervention chirurgicale paraît indiquée, d'autant plus que l'opération sera assez simple : car il s'agit d'une entérocèle complètement réductible, et il ne reste pas dans le sac d'épiploon adhérent; par l'opération de la cure radicale, le malade, en portant un bandage, se trouvera à l'abri d'une récidive de sa hernie.

27 *mars*. L'opération est pratiquée. Une incision verticale de 7 centimètres environ est faite sur la face antérieure de la tumeur, et remonte en haut au-dessus de l'anneau inguinal externe. Après avoir traversé le tissu cellulaire et l'enveloppe fibreuse des bourses, on arrive sur le sac, dont l'isolement se fait très facilement; il n'y a d'adhérences ni avec les éléments du cordon, ni avec le testicule. Le collet du sac est attiré un peu en dehors, puis l'intestin étant complètement rentré et le canal inguinal comprimé, je traverse le collet du sac avec une aiguille de Reverdin que l'on charge d'un fil double; l'anse du fil est coupée, les deux fils ainsi formés sont enchaînés et l'on fait deux ligatures en bourse.

Le sac est sectionné à 1 centimètre environ au-dessous des ligatures, de sorte que la cavité péritonéale n'a été ouverte à aucun moment. Le pédicule formé par le collet du sac est abandonné et se retire un peu en arrière des piliers.

Une contre-ouverture est faite dans le fond du scrotum pour recevoir un tube à drainage. Sutures de la peau au crin de Florence. Méthode antiseptique et pansement de Lister.

Les suites de l'opération sont des plus simples.

29 *mars*. Premier pansement, réunion immédiate, raccourcissement du drain.

1er *avril*. Deuxième pansement (après cinq jours). Ablation des fils, suppression du drain, réunion totale.

5 *avril*. Pansement de protection.

En examinant le malade, aujourd'hui 19 mai, on constate par la palpation l'existence, au niveau de l'anneau inguinal, d'une certaine induration; mais aucune saillie ne se produit quand le malade tousse. Il devra porter un bandage, lequel est aujourd'hui bien supporté et efficace.

Nomination d'une commission pour l'examen des titres des candidats à une place de membre titulaire.

Nombre des votants : 23. — Majorité 12.

Ont obtenu :

MM. Kirmisson........................ 23 voix.
Tillaux .... 21 —
Le Dentu .... 22 —

En conséquence, MM. Tillaux, Le Dentu et Kirmisson sont nommés membres de la commission.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 26 mai 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Les *Proceedings of the royal medical and Surgical Society of London,* depuis l'année 1857 (collection complète) jusqu'à 1885 inclusivement;

3° *Études nouvelles sur les luxations du pied et de la main*, par le Dr Maurice Claudot, médecin principal à l'École polytechnique;

4° MM. Bouilly et Nicaise, juges du concours d'accouchement, demandent un congé pour la durée de ce concours;

5° Une *Observation avec photographie d'une femme présentant sept mamelons,* par le Dr F.-L. Neugebauer fils, de Varsovie (Commissaire : M. Verneuil).

Communication.

De la dilatation immédiate progressive des rétrécissements de l'urèthre,

Par M. L. Le Fort.

La communication si intéressante de M. Le Dentu sur les résultats produits par l'uréthrotomie interne et la divulsion dans deux séries de vingt-quatre cas de rétrécissements de l'urèthre nous a montré que ces deux méthodes ne sont pas exemptes de danger. Elle nous a prouvé aussi, puisque notre collègue a pris soin de nous le dire au début de sa communication, que ma méthode de dilatation immédiate progressive ne lui était pas pratiquement connue, et j'ai pu, en causant avec quelques-uns de nos collègues, m'assurer qu'il était loin d'être le seul dans cette situation. Comme depuis seize ans j'ai pu, grâce à cette méthode, guérir, c'est-à-dire dilater tous les rétrécissements de l'urèthre qui se sont présentés à mon observation, sans avoir recours ni à l'uréthrotomie interne, ni à la divulsion, j'ai pensé qu'elle méritait d'appeler plus fortement votre attention et que, malgré les thèses de MM. les Drs Janicot et Langlebert, je ferais œuvre utile en vous exposant le plus rapidement possible en quoi elle est préférable aux autres méthodes.

Avant de vous dire comment j'ai été amené à imaginer cette méthode, quelles indications j'ai cherché à lui faire réaliser, permettez-moi de vous dire quelques mots d'un procédé qui se rattache au sujet et qui a pour but de permettre de franchir des rétrécissements infranchissables par le cathétérisme ordinaire.

Ainsi que je le rappelais dans mon édition de la *Médecine opératoire de Malgaigne* (t. II, p. 557), me trouvant en 1872 à Lariboisière en présence d'un rétrécissement que j'essayais inutilement de franchir depuis quelques jours, j'eus l'idée d'employer l'électrolyse, déjà employée par d'autres à cette époque.

Je pris une bougie olivaire du n° 18 ; j'en coupai l'extrémité et j'y introduisis une épingle dont la pointe recourbée donnait attache à un fil d'argent parcourant tout le canal intérieur de la bougie et sortant à son talon.

La tête de l'épingle, saillant à l'extrémité de la bougie, devait servir de réophore. Je poussai la bougie jusqu'au rétrécissement, je mis le fil d'argent et, par suite, l'épingle, en rapport avec une pile à électrolyse ; le pôle négatif était en rapport avec une éponge mouillée placée sur l'abdomen, et, pendant 8 à 10 minutes, j'appuyai fortement la bougie et la tête de l'épingle contre le rétrécis-

sement. La bougie électrolytique ne pénétra pas, mais, aussitôt après l'avoir retirée, j'essayai d'introduire une bougie ordinaire n° 3, et celle-ci pénétra avec la plus grande facilité.

Je voulus savoir quelle part il fallait faire dans ce fait à la pression ou à l'action de l'électricité, et, quelques jours après, me retrouvant dans les mêmes conditions, j'employai la même instrumentation, la même manœuvre, mais sans faire usage de l'électricité. Après quelques minutes de pression, je retirai la grosse bougie, j'essayai d'introduire une bougie mince, ce que je n'avais pu faire jusqu'alors; elle pénétra sans difficulté. Le procédé était trouvé, je lui donnai le nom de *Cathétérisme dépressif.*

Je regrette de n'avoir pas songé à une dénomination qui lui eût parfaitement convenu, celle de *Cathétérisme appuyé,* dénomination que M. Guyon imagina très heureusement quelques années plus tard pour caractériser une manœuvre destinée à faciliter non pas le passage d'une bougie, mais seulement la miction dans les cas de rétention par rétrécissements infranchissables, manœuvre qui consiste à pousser une bougie fine sur le rétrécissement et à l'y maintenir quelque temps.

Quant au mode d'action du cathétérisme dépressif, je continue à croire bonne l'explication que j'en donnai à M. Ricord, lorsqu'en 1872 il me parla des tentatives que je venais de faire. Assez souvent l'induration du rétrécissement déplace à son niveau l'axe du canal; la bougie ne pénètre pas parce qu'elle ne rencontre pas l'orifice rétréci, même lorsqu'on se sert de la bougie tortillée de Leroy d'Étiolles. La pression refoule le rétrécissement, ramène l'orifice, qui cède plus facilement dans l'axe du canal, et le rend légèrement infundibuliforme.

J'ai, depuis 1872, assez fréquemment employé ce procédé, qui, dans la très grande majorité des cas, m'a réussi et m'a rendu parfois de très grands services.

Après cette digression que vous excuserez, parce qu'il s'agit d'un procédé excellent que je suis heureux d'avoir imaginé, j'arrive au traitement des rétrécissements. Je laisse de côté les cas exceptionnels de rétrécissements traumatiques, de rétrécissements indurés avec fistules urinaires multiples, pour lesquels on peut se trouver amené à pratiquer l'uréthrotomie externe *sans conducteur*. Ces cas sont devenus pour moi absolument rares, car toutes les fois que je puis introduire une bougie conductive, j'emploie ma méthode; j'y ajoute, une fois le rétrécissement dilaté, les débridements, les incisions ou l'électrolyse, et, presque toujours, je réussis sans avoir à pratiquer l'uréthrotomie externe.

Je n'ai en vue, en ce moment, que ces rétrécissements si fréquents, mais si variés dans leur nombre, leur degré, leurs compli-

cations, et pour lesquels on emploie soit la dilatation lente, soit l'uréthrotomie interne, soit la divulsion. Je commence par dire que je n'emploie aucune de ces trois méthodes, et, tout d'abord, je ferai une distinction importante au point de vue thérapeutique entre les rétrécissements.

Je place de suite à part les rétrécissements peu serrés, dans lesquels on peut, dès le début du traitement, introduire des bougies des n°s 10 ou 12 de la filière française. Ce sont ceux-là surtout qu'on peut songer à traiter par la dilatation lente et progressive, et cependant je n'emploie pas pour eux cette méthode. Je lui reproche, en effet, d'être extrêmement longue, et cela fort inutilement. J'emploie contre eux un procédé très rapide, très efficace, que j'ai vu employer par A. Richard dans le service de Malgaigne en 1853, lorsque j'y étais interne, et que l'on peut appeler dilatation rapide et progressive. J'ajoute que je ne l'emploie qu'après avoir ramolli le rétrécissement par le séjour dans l'urèthre, pendant vingt-quatre heures, d'une petite bougie à demeure. Voici en quoi consiste ce procédé :

On tient à côté de soi une filière garnie de toutes ses bougies. On introduit le n° 12 par exemple, et pendant que l'aide la soutient par le talon, on introduit dans le méat le n° 13. Au commandement, l'aide retire brusquement le n° 12, et l'on pousse vivement le n° 13. On agit de même à l'égard du n° 14 et des suivants, et il m'arrive fréquemment, dans une seule séance, de pouvoir ainsi aller jusqu'au n° 20, et de placer à demeure dans le canal une sonde du n° 18.

J'emploie souvent cette méthode, soit seule, soit comme complément de la mienne, et je n'ai vu qu'une fois survenir à sa suite des accidents sérieux ; il est vrai que j'avais peut-être été imprudent. Je ne saurais trop la recommander dans les cas où elle est applicable.

Les rétrécissements les plus nombreux sont ceux dans lesquels nous ne pouvons faire pénétrer qu'une bougie de petit calibre, ou bien des rétrécissements moins serrés, mais constitués par des tissus si indurés, qu'une bougie du n° 10 ou 12 s'y engage, mais ne peut les franchir. Dans l'un ou l'autre cas, le procédé d'A. Richard n'est plus applicable et, dans ces cas, il ne me restait, lorsque j'étais encore au début de ma carrière chirurgicale, que la dilatation lente ou l'uréthrotomie interne.

En 1866, étant chirurgien de l'hôpital du Midi, je me trouvai en présence d'un rétrécissement serré que je ne parvins à franchir qu'après quelques jours de tentatives infructueuses. Heureux de l'avoir franchi avec une fine bougie et ne voulant pas perdre ce que j'avais gagné, je laissai la bougie à demeure, me proposant de

faire le lendemain l'uréthrotomie interne, que je ne pouvais faire de suite, faute d'instruments. Le lendemain, je m'aperçus, au moment de faire l'opération, que la bougie si serrée la veille jouait librement dans le rétrécissement; j'essayai de lui en substituer une autre plus forte; j'y parvins. J'en passai successivement plusieurs; je pus placer à demeure une petite sonde n° 12, et, le lendemain, par la dilatation rapide, je parvins à dilater complètement le rétrécissement. C'est la seule fois que je fus sur le point de faire l'uréthrotomie, et jamais je n'en retrouvai l'occasion, ayant toujours pu guérir mes malades sans recourir à cette opération.

Il s'était passé, dans ce cas, un phénomène déjà signalé par Hunter, bien décrit par Voillemier en 1868, qui l'a appelé *dilatation inflammatoire*. Le séjour d'une sonde ou d'une bougie enflamme légèrement le canal, ramollit le rétrécissement et le rend dilatable. C'est ce phénomène qui est la base de ma méthode. Je ne fais la dilatation instrumentale qu'après avoir, suivant sa résistance probable, ramolli le rétrécissement par le séjour d'une bougie pendant douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures, quelquefois, mais rarement, pendant trois jours.

Malgré cette dilatabilité résultant de l'inflammation, on ne peut, lorsque le rétrécissement est serré, le franchir facilement avec une bougie des n°s 3 à 9 ou même 11, parce qu'elles n'offrent pas assez de résistance. J'ai pensé alors que si je vissais la fine bougie conductrice à un cathéter conique du n° 9, je pourrais facilement dilater et franchir le rétrécissement. Je fis faire par M. Collin deux cathéters des n°s 9 et 15, et je vis de suite, dès les premières tentatives, que la résistance du rétrécissement ramolli par l'inflammation était parfois si faible que, dans une même séance, je pourrais aller jusqu'au n° 21. Jusqu'en 1878, toutes mes opérations furent faites avec ces trois dilatateurs. En 1878, M. Collin, *motu proprio*, en porte le nombre à cinq des n°s 12, 15, 17, 19, 22. Je me suis servi depuis de ces cinq cathéters, mais trois des n°s 9, 15, 21 suffisent pour appliquer sûrement la méthode.

Quelle que soit la grosseur du dilatateur, la pointe de son cône a toujours le même diamètre, tous devant se visser sur la même bougie.

Pour agir avec sécurité, il faut être certain que la bougie conductrice ne se repliera pas au-devant d'un rétrécissement trop résistant, car, dans ce cas, on agirait avec une sonde métallique à bout très fin, et l'on pourrait faire des fausses routes. Afin d'éviter complètement ce danger, j'ai, depuis 1872, fait ajouter par le fabricant M. Bénas, dans le talon de la bougie, une mince tige de baleine de 6 à 8 centimètres de longueur. Cette tige donne à la

bougie une résistance et une élasticité qui empêche toute coudure de la bougie.

Voici, maintenant, comment je procède. J'introduis dans l'urèthre une bougie conductrice armée. Je visse à son armature une petite plaque métallique percée de deux trous, au travers desquels passent les fils qui servent à fixer la bougie. Après vingt-quatre heures de séjour de la bougie, je dévisse la plaque et je visse le dilatateur n° 9. Je le pousse avec lenteur, ou plutôt je le guide, car la force n'est pas nécessaire pour le faire pénétrer. Quand il a franchi le col de la vessie, je le retire, jusqu'à ce que le talon de la bougie conductrice sorte du méat. Je saisis la bougie de la main gauche; je dévisse le cathéter n° 9; je visse le n° 15 et je répète l'introduction. S'il n'y a pas eu résistance, je passe de même le n° 21. S'il y a eu résistance, je m'arrête et ne vais pas au delà du n° 9 ou du n° 15.

J'insiste particulièrement sur ce point : *ne jamais forcer*. Sur mes 52 observations, 20 fois, c'est-à-dire dans plus du tiers des cas, je me suis arrêté :

3 fois au n° 9 (Observations 19, 23, 23);
1 — n° 12 (Observation 38);
7 — n° 15 (Observations 3, 6, 7, 18, 22, 29, 33);
5 — n° 17 (Observations 26, 37, 44, 47, 48);
4 — n° 19 (Observations 31, 41, 43, 46);

Cette prudence n'empêche pas le succès; tantôt j'ai passé ensuite les autres dilatateurs, tantôt j'ai terminé par la dilatation rapide (A. Richard), quelquefois par la dilatation lente facilitée par la sonde à demeure.

Dès la première séance, que j'arrive ou non à dilater complètement le rétrécissement, aussitôt le cathéter retiré, je place à demeure une sonde dont le diamètre varie avec celui du dilatateur introduit et je la laisse en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures; après quoi je passe et fais passer au malade une bougie n° 18. Dès qu'il sait se sonder lui-même et que je ne prévois pas de récidive prochaine ou l'apparition de complication, je signe son exeat.

Autant que possible j'emploie comme sonde à demeure les sondes en caoutchouc souple. Elles présentent, comme nous le savons tous, un inconvénient sérieux. Bien qu'on les ait fixées, l'urèthre les chasse, les replie sur elles-mêmes au delà du méat, et elles sortent du canal. J'ai supprimé cet inconvénient par un petit artifice très simple. Je place dans l'extrémité de la sonde la tige d'une sorte de petit entonnoir métallique très allongé, que j'ai fait construire par M. Collin; je fixe solidement la sonde avec du

fil et j'introduis dans le méat et le commencement de l'urèthre la sonde munie de son ajustage. La partie évasée de l'entonnoir est seule à l'extérieur et on la fixe au moyen de fils qui passent dans deux petits anneaux soudées à la partie évasée de l'entonnoir.

La dilatation immédiate progressive m'a donné d'excellents résultats ; avant de les examiner je dois répondre à deux objections qu'on pourrait être tenté de faire. La première, c'est que je n'aurais employé cette méthode que dans les cas simples, tandis que l'uréthrotomie interne s'emploie dans tous les cas. Il m'est facile d'y répondre. Pas plus que mes collègues des hôpitaux, je n'ai pu choisir les cas qui se sont présentés dans mes salles, or, comme je n'ai jamais employé ni l'uréthrotomie interne, ni la divulsion et que je n'âi guère mis en usage que ma méthode où la dilatation rapide de Richard, il faut bien admettre que les cas graves comme les autres ont été soumis à cette thérapeutique. Permettez-moi de vous en citer quelques exemples.

Le malade de l'observation 19 avait une rétention complète d'urine et mon interne avait dû lui faire la ponction capillaire de la vessie.

Le lendemain je passai mon dilatateur n° 9 et je mis une sonde n° 8 à demeure. Cinq jours après je pouvais passer le n° 18.

Le malade de l'observation 29, âgé de 55 ans, avait depuis huit jours une infiltration d'urine que j'incise et qui donne issue à une grande quantité de pus fétide. La fièvre était vive, cependant le troisième jour je passe les dilatateurs n°s 9 et 15, il n'y eut aucun accident ; trois jours après il passait le n° 18, le septième jour une sonde n° 22, et il sortait le onzième jour, complètement guéri de la plaie périnéale, urinant facilement et passant lui-même une bougie n° 18.

Le malade de l'observation 48 m'arrivait en mars dernier du département de l'Orne. Il avait un rétrécissement traumatique datant de vingt ans. Quinze jours avant son entrée à Necker, par suite d'une rétention complète d'urine, il avait subi, dans son pays, 2 ponctions capillaires de la vessie, ce qui n'empêcha pas une rupture de l'urèthre en arrière du rétrécissement et une vaste infiltration d'urine. Je fis les incisions périnéales ordinaires et puis j'essayai en vain de franchir le rétrécissement. Comme le malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, et que le temps pressait, je fis la ponction sus-pubienne de la vessie et j'y plaçai une sonde à demeure.

Douze jours après je fis le cathétérisme dépressif, j'engageai dans les rétrécissements multiples une fine bougie ; le lendemain je passai mes dilatateurs 12 et 17 et je plaçai à demeure une sonde n° 9.

Trois jours plus tard, une seconde séance de dilatation me permit de passer les nos 17, 19, 22, et de placer à demeure une sonde de caoutchouc n° 20.

Je ne veux pas vous fatiguer des détails de l'observation, qu'il me suffise de dire que quarante jours après son entrée le malade était guéri de la plaie résultant de l'infiltration d'urine et des incisions, de sa ponction vésicale et de son rétrécissement.

Deux fois j'ai employé cette méthode dans des cas où il existait avant l'opération des accès de fièvre. La dilatation, loin d'aggraver les accidents, les a fait disparaître.

Dans deux cas je l'ai mise en usage pour des rétrécissements consécutifs à des ruptures de l'urèthre, et toujours sans accidents.

Une autre objection qu'on pourrait faire à la méthode, c'est que dans certains cas il faut aller vite et qu'elle ne saurait être aussi rapide que l'uréthrotomie et la divulsion. Cette objection n'est pas fondée, car dans les cas urgents on peut se dispenser de placer pendant vingt-quatre heures une bougie à demeure. Sans doute cette rapidité est compensée par la crainte d'accidents, mais ces accidents sont encore moins à craindre qu'avec l'uréthrotomie et la divulsion.

Ainsi, le 22 juillet 1876, je trouvai dans mon service un homme de 28 ans arrivé la veille au soir et qui n'avait pas uriné depuis le 20 au soir. Je parvins à introduire une fine bougie conductrice et, vu l'urgence, je fis la dilatation immédiate en passant successivement les dilatateurs nos 9, 15 et 21. Il n'y eut d'accidents qu'un peu de douleur au moment de la dilatation, un écoulement de quelques gouttes de sang. Je pus mettre à demeure une sonde n° 15. Quatre jours après le malade urinait facilement, et il sortait le septième jour après son entrée, se passant facilement une bougie n° 18.

Chez un autre malade, âgé de 70 ans et chez lequel on avait dû faire trois jours de suite une ponction capillaire de la vessie, je pus passer une bougie filiforme qui me servit à passer les nos 9, 15 et 21. Dix jours après le malade se passait lui-même une bougie n° 20.

On voit que sous ce rapport la dilatation immédiate progressive ne le cède à aucune autre méthode.

La thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre comprend deux éléments principaux : 1° rendre au canal son diamètre normal ; 2° le maintenir, c'est-à-dire prévenir la récidive. Voyons d'abord le premier point.

La méthode thérapeutique la meilleure sera celle qui parviendra à rétablir le diamètre du canal : 1° avec le moins de danger pour le malade ; 2° avec le moins de douleur ; 3° avec la moins longue durée du traitement.

La valeur absolue de la méthode ressortira de sa comparaison avec l'uréthrotomie interne et la divulsion.

La première et la principale question que nous ayons à examiner est celle du danger que l'opération peut faire courir au malade. La communication de M. Le Dentu a montré que la divulsion peut être rapidement suivie d'accidents mortels. Cela ne saurait m'étonner. Dans une certaine mesure ma méthode de dilatation rapide se rapproche de la divulsion, si on emploie la force pour introduire les cathéters coniques. Je repousse absolument cette pratique, mais il m'est parfois arrivé de céder un peu à l'impatience d'une guérison rapide et de forcer le rétrécissement un peu plus que je n'aurais dû le faire. Dans ces circonstances, j'ai vu survenir quelques accidents. Ils ont été légers parce que la force employée avait été légère, mais cela m'a donné la conviction que ces accidents eussent pu être graves, si j'avais commis une imprudence plus grande et fait une véritable divulsion.

L'uréthrotomie interne a été souvent suivie de mort, même aujourd'hui qu'on la pratique dans des conditions de sécurité, et je dirai aussi de prudence, bien plus grandes qu'autrefois. Ici encore la communication de M. Le Dentu nous donne deux cas de mort sur 24 observations, et personne ne doute ni de l'habileté ni de la prudence de notre collègue.

Sans doute, les malades qui ont succombé étaient atteints, comme l'autopsie l'a montré, d'affections graves des reins qui ont été la vraie cause de la mort; mais qui osera affirmer qu'ils seraient morts précisément deux ou trois jours après l'uréthrotomie, si l'opération n'avait pas été faite. Si donc l'uréthrotomie n'est pas complètement responsable, elle a du moins une certaine part dans la responsabilité.

Depuis quinze ans que je pratique ma méthode je n'ai pas eu un seul cas de mort. J'aurais voulu publier ma statistique intégrale; je ne puis le faire parce qu'un certain nombre d'observations se sont égarées; je possède toutefois mes cahiers de statistique sur lesquels sont mentionnés tous mes malades; à la colonne du diagnostic se trouve portée seulement la mention « retrécissement de l'urèthre », mais si je ne puis savoir quelle a été la thérapeutique suivie, je sais du moins que tous les malades sont sortis de l'hôpital autrement que par la mort. Du reste, les observations du n° 36 au n° 52 donnent ma statistique intégrale pour l'hôpital Necker.

Cependant M. Terrier, qui a employé ma méthode, a perdu son malade avec des accidents de septicité évidemment en rapport avec l'opération. Or, d'après des détails que notre collègue a bien voulu me donner, je crois pouvoir dire que M. Terrier n'a pas em-

ployé ma méthode, mais seulement mes instruments, et qu'il a avec ces instruments, destinés à l'application d'une méthode de douceur, pratiqué la *divulsion*, qui est une méthode de force.

Une fois cependant j'ai eu quelques accidents sérieux. Il s'agissait d'un malade âgé de 48 ans, porteur de deux rétrécissements.

Le 23 janvier 1875, je passai une bougie n° 6 que je laissai à demeure deux jours, et le 25 je passai mes dilatateurs n°s 9 et 15. Il n'y eut ni fièvre ni écoulement sanguin.

Le 27, je passai par la méthode de dilatation rapide les bougies n°s 11, 13, 15, 17, 19, 21 et 22, et je mis à demeure une sonde n° 20. Vers une heure de l'après-midi, il y eut un frisson violent; le lendemain la fièvre continua, accompagnée de douleurs de reins.

Le 2 février, le testicule droit se tuméfia et devint douloureux.

Le 5, le testicule gauche s'enflamme également; le 8, j'incise à gauche une vaginalite suppurée. Le 18, le testicule gauche lui-même présente de la fluctuation; je l'incise et il en sort une certaine quantité de suppuration. Le 2 mars, quelques tubes séminifères s'éliminèrent. Le malade sortit guéri le 20 mars, se sondant avec le n° 18; mais il faut bien le dire, avec des testicules atrophiés et incapables de toute sécrétion spermatique. Certes, c'est là un accident sérieux; mais ici encore ne peut-on pas en rendre responsable le procédé de dilatation rapide allant jusqu'au n° 22, alors que deux jours auparavant, en employant ma méthode, je m'étais arrêté prudemment au n° 15.

Sur les 51 autres opérés dont j'ai réuni les observations, j'ai eu 19 fois sur 17 d'entre eux des accidents légers; 9 fois l'action du dilatateur amena un peu de sang (obs. 1, 3, 4, 10, 14, 15, 17, 42, 45), mais jamais il n'y eut même l'apparence d'une hémorrhagie; par conséquent, jamais il ne fallut intervenir, même par une simple injection froide.

9 fois il y eut un peu de fièvre (obs. 3, 8, 13, 15, 24, 26, 28, 37, 41), mais jamais non plus elle ne présenta le moindre danger.

1 fois j'eus une péri-uréthrite légère, non suivie de suppuration, au niveau d'un rétrécissement pénien trop rapidement dilaté.

Je ne crois pas que ces légers accidents soient rares avec l'uréthrotomie, pour laquelle du reste l'écoulement sanguin est la règle.

Douleurs. — Si nous examinons maintenant la question de la douleur, elle est évidemment en faveur de la dilatation immédiate progressive. Je crois me rappeler qu'une seule fois, en ville, sur un malade que j'opérai en présence de mon collègue et ami, M. le professeur Laboulbène, je me suis servi de l'anesthésie; mais dans tous les cas, ce serait la seule fois, et jamais à l'hôpital je n'ai

endormi mes malades pour faire la dilatation. Il n'en est pas besoin, car la douleur, quand elle existe, est légère, et quand elle existe, je ne pousse pas la dilatation à son maximum.

Durée du traitement.—Aucune méthode ne peut, sous ce rapport, lutter avec la dilatation immédiate. Je considère la première partie du traitement terminée quand le malade peut se passer lui-même et facilement une bougie d'un calibre suffisant. Sur 51 observations,

2	malades	passaient	eux-mêmes le n°	15
4	—		—	17
38	—		—	18
3	—		—	19
4	—		—	20

Comme mes malades ne sont sortis de l'hôpital qu'après avoir appris à se sonder avec les numéros ci-dessus, la durée du séjour à l'hôpital nous donnera la durée totale du traitement. J'excepte de la liste le malade (obs. 48) qui avait dû subir la ponction classique de la vessie et qui avait une infiltration considérable d'urine; un malade chez lequel la guérison du rétrécissement m'a permis de constater la présence d'un calcul prostatique; enfin, le malade dont j'ai parlé plus haut et qui avait eu une orchite suppurée à la suite de la dilatation rapide.

Pour les 49 autres malades, la durée totale des journées d'hôpital a été de 791, ou de 16 en moyenne, même en comptant le jour de l'entrée et celui de la sortie. Ils se répartissent ainsi :

2	ont séjourné	4	jours.	2	ont séjourné	18	jours.
4	—	5	—	1	—	21	—
2	—	6	—	2	—	22	—
4	—	7	—	1	—	26	—
2	—	9	—	1	—	30	—
3	—	10	—	1	—	31	—
2	—	11	—	3	—	33	—
1	—	12	—	1	—	34	—
3	—	13	—	1	—	36	—
7	—	14	—	1	—	42	—
3	—	15	—	1	—	45	—
1	—	16	—				

Donc, sur ces 49 malades, 17, c'est-à-dire un tiers, n'ont séjourné en moyenne que 6 jours; 36, ou les deux tiers, n'ont séjourné en moyenne que dix jours, et pour apprécier à sa juste valeur la durée du traitement, il faudrait retrancher les jours d'entrée et de

sortie des malades. Quelques observations vous permettront d'apprécier la rapidité du traitement.

Le 4 mars 1879, je suis consulté à Beaujon par un étudiant qui avait essayé trois ans auparavant la dilatation lente et qui, après deux mois de traitement, n'était arrivé à passer que le n° 12. Le rétrécissement s'était prononcé de plus en plus et la miction était difficile. Le 4 mars, je place à demeure une bougie n° 6. Il y a un peu d'écoulement sanguin et une légère fièvre le soir.

Le 5, je passe successivement les dilatateurs 9, 15, 21, et je mets à demeure une sonde n° 15. Le 6, la sonde est retirée, la miction est très facile. Le 7, le malade se sonde avec une bougie n° 15; le 8, il se passe le 18 et reprend ses occupations. Il a continué à se sonder pendant quelques semaines, le jet est resté volumineux. Pas de récidive.

Le nommé L..., âgé de 40 ans, a subi l'uréthrotomie interne en 1872 par le Dr Chauvel (du Havre). En 1877, nouvelle uréthrotomie par M. Cruveilhier. 29 juin, miction goutte à goutte. 30 juin, bougie à demeure n° 3. 1er juillet, dilatateurs 15, 21. Sonde n° 16 à demeure, pas de sang, pas de douleur. Le 2 juillet, bougie n° 22. A partir du 5 juillet, le malade se passe lui-même une bougie n° 18.

Permettez-moi de vous citer encore cette observation extrêmement intéressante, puisque le malade, en une seule séance, a été guéri d'un rétrécissement et d'une fistule urinaire.

B..., âgé de 59 ans, entre dans mon service le 21 mars 1875. Il a eu il y a un mois une infiltration d'urine et un abcès urineux qui a laissé une fistule. Il n'urine que goutte à goutte et je passe difficilement une bougie n° 4. A 32 millimètres de l'anus, à droite du raphé médian du périnée, on trouve un orifice en cul de poule par lequel s'échappe du pus mélangé d'urine. Un stylet enfoncé dans la fistule et de là dans l'urèthre du côté du méat est arrêté à 3 centimètres et demi.

24 mars, je place une bougie conductrice à demeure.

25 mars, je passe mes dilatateurs 9, 15, 21. Il ne s'écoule pas une goutte de sang. J'introduis une sonde n° 15 garnie d'un mandrin et j'injecte de l'eau dans la vessie. Puis j'introduis dans la fistule un stylet de trousse que je mets en contact avec le pôle négatif de ma pile à électrolyse. Le mandrin est mis en rapport avec le pôle positif. On voit sortir par l'orifice cutané de la fistule une écume blanchâtre produite par l'action de l'électricité sur les tissus de la fistule. Cette opération, qui a duré cinq minutes, a été faite en présence de M. le professeur Gayet (de Lyon).

Le 26 mars, le stylet ne passe plus par la fistule, qui est et qui demeure oblitérée. Je garde le malade en observation jusqu'au

8 avril. Il urine facilement et se passe le n° 18. Par conséquent en une séance il a été guéri de son rétrécissement et de sa fistule.

C'est surtout dans la pratique civile que l'innocuité et la rapidité d'action de la méthode apparaissent dans toute leur réalité. Ici encore permettez-moi un exemple. Je fus consulté l'année dernière par un magistrat ayant un rétrécissement assez serré de l'urèthre. Il ne pouvait prendre de congé et n'avait de libres que le dimanche et le lundi. Le vendredi soir je plaçai une bougie à demeure; le dimanche matin, je passai les n°s 12, 17, 21, et mis à demeure une sonde de caoutchouc souple n° 16. Le lundi, j'enlève la sonde et le malade se passe une bougie n° 18. Le mardi, il reprenait ses fonctions. Je l'ai revu il y a quelques jours, la guérison s'est absolument maintenue, grâce au passage de bougies n° 18, une ou deux fois par semaine. Certes, on ne pourrait avec l'uréthrotomie et la divulsion obtenir en si peu de temps de pareils résultats.

J'arrive maintenant à la seconde question, celle de la permanence de la guérison, de la fréquence des récidives.

Dans les premiers temps, on a cru que l'uréthrotomie interne avait pour effet de sectionner en deux valves le rétrécissement; que ces deux valves, écartées par la présence de la sonde, restaient écartées, et que dans leur intervalle il se formait une large cicatrice qui rendait au canal sa largeur primitive. Il y a quelques années, Teevan (de Londres), dans une leçon publiée dans *the Lancet* comparait l'effet de l'uréthrotomie à l'action d'un tailleur qui ajoute une pièce à un vêtement trop étroit. Rien n'est plus faux que cette manière de voir. Au fur et à mesure que la cicatrisation s'opère, les deux lèvres de la plaie écartées par l'uréthrotomie se rapprochent et ne laissent plus dans le canal qu'une cicatrice linéaire. Mais, s'il en est ainsi, comment la guérison peut-elle avoir lieu ? Elle s'opère par un mécanisme assez simple que l'emploi des sondes à demeure permet de deviner. Le premier effet de l'uréthrotomie est de sectionner le rétrécissement, par conséquent d'élargir le canal et de permettre d'y introduire une sonde assez volumineuse. Plus tard, soit qu'on laisse la sonde à demeure, soit qu'on ne laisse que temporairement une bougie dans le canal, la partie du canal non touchée par l'opération, c'est-à-dire la plus grande partie de la circonférence du canal, ramollie par l'inflammation, cède à la pression de la sonde, s'élargit au fur et à mesure que la plaie opératoire se contracte, de telle sorte que ce n'est pas aux dépens de la cicatrice, mais aux dépens de la partie intacte du canal, que la dilatation s'opère.

Si l'uréthrotomie mettait une pièce au canal, on ne comprendrait pas la fréquence des récidives après cette opération. Dans la

thèse inaugurale de M. Reverdin, 7 des 21 malades uréthrotomisés par M. Guyon, c'est-à-dire un tiers, avaient déjà subi antérieurement une ou plusieurs uréthrotomies.

Sur les 52 observations de malades que le hasard a amenés dans mon service 6 (obs. 33, 34, 36, 39, 44, 46) avaient déjà subi une uréthrotomie ; 2 avaient été uréthrotomisés deux fois. La proportion étant de 1 sur 6, on peut dire qu'elle est considérable.

Au premier abord on serait tenté de croire que la dilatation immédiate progressive qui ne fait que dilater momentanément le canal devrait être suivie de récidive fréquente, et cependant, sur ces 52 cas, un seul est un exemple de récidive. Depuis que je pratique ma méthode, je n'ai revu que trois malades ayant une récidive de leur rétrécissement. D'où vient cette étrange différence?

Rappelons tout d'abord ce que j'ai dit à ce propos dans mon Manuel de Médecine opératoire. « Aucun traitement ne procure la guérison rapide et définitive des rétrécissements de l'urèthre; le chirurgien ne peut que rendre au canal sa largeur normale ; c'est au malade à continuer le traitement en continuant à passer des bougies dans le canal pendant des mois et quelquefois des années. » Pourquoi ces récidives si fréquentes après l'uréthrotomie, si rares après l'application de ma méthode ? Cette explication, je crois pouvoir la donner après avoir interrogé sur ce point un assez grand nombre d'opérés.

Le malade auquel on a fait l'uréthrotomie a la conviction qu'on lui a fait une opération qui a dû le guérir. Si c'est en ville, le chirurgien est venu avec un ou plusieurs aides ; on a étalé des instruments tranchants, on a endormi le malade, on l'a opéré, le sang a coulé et a taché les draps, on l'a condamné au repos au lit pendant quelques jours ; ajouterais-je cette circonstance extra-scientifique mais qui est puissante ? les honoraires ont été souvent ceux d'une opération. Si c'est à l'hôpital, il y a eu annonce d'opération, anesthésie, hémorrhagie plus ou moins forte, en un mot, le malade, puisqu'il a été opéré, doit croire que l'opérateur a eu pour effet de le guérir. Aussi, quand le traitement de l'opération est terminé et que le malade urine bien, il a toute raison de se croire définitivement guéri, et on a beau l'inviter à continuer à se sonder, ce n'est que rarement qu'on arrive à le persuader de la nécessité des cathétérismes longtemps continués.

Au contraire, le malade auquel on a fait la dilatation immédiate progressive n'a aucune raison de croire qu'il a subi une opération. Le chirurgien opère seul et sans aide, le malade n'a pas été anesthésié, on lui passe une sonde dilatatrice qui ressemble à une sonde métallique ordinaire, il ne souffre pas , ne saigne pas et ne

garde pas le lit, ou seulement à peine pendant vingt-quatre heures. Or, lorsque, après avoir dilaté le rétrécissement, on dit au malade aussi bien en ville qu'à l'hôpital : « Je vous ai dilaté votre rétrécissement par le passage d'une sonde, mais il ne demande qu'à se reproduire puisque le canal est élastique et rétractile ; vous ne serez guéri que lorsque, par des sondages répétés chaque jour, vous aurez épuisé la rétractilité du canal. Dans quelques mois, vous pourrez vous considérer comme guéri ; mais pas avant, et si vous voulez être tout à fait sûr de la permanence de la guérison, il faudra encore, pendant un an au moins, vous passer de temps en temps une bougie nº 18. » Le malade comprend parfaitement ce raisonnement, accepte l'explication, accepte surtout un conseil dont il comprend l'importance, et pour moi, c'est à cette différence dans les conditions morales de l'opéré que j'attribue la fréquence des récidives dans l'uréthrotomie, leur rareté dans la dilatation immédiate progressive.

En résumé, ma méthode de dilatation a pour elle : l'absence de danger, l'absence à peu près complète de douleur, la rapidité de la guérison, l'excessive brièveté du traitement, la rareté des récidives. J'ai donc le droit de la considérer comme supérieure, de beaucoup supérieure à toutes les autres.

Nos.	AGE.	ÉTAT ANTÉRIEUR.	DILATATEURS.	PHÉNOMÈNES ULTÉRIEURS.	DURÉE du séjour.	SONDE passée à la sortie.
1	50	Passé le nº 1.	9, 15, 21	Quelques gouttes de sang, légère fièvre.	7	18
2	26	Passé le nº 6.	9, 15, 21	Dilatation rapide ensuite.	4	18
3	43	Rétrécissements multiples.	9, 15	Fièvre, hémorrhagie légère.	10	18
4	28	Rétention d'urine complète.	9, 15, 21	Quelques gouttes de sang.	7	18
5	29	Cystite.	9, 15, 21	Pas d'accidents.	5	18
6	22	Orchite.	9, 15	Pas d'accidents.	13	18
7	39	Cystite, bougie filiforme.	9, 15	Incontinence passagère	22	18
8	34	Nº 3.	9, 15, 21	Frisson léger.	9	18
9	26	Nº 6, fièvre.	9, 15, 21	Pas d'accidents.	5	18
10	35	Bougie filiforme.	9, 15, 21	Quelques gouttes de sang.	14	20
11	»	*Idem.*	9, 15, 21	Aucun accident.	14	17
12	56	Cathét. dépressif.	9, 15, 21	Aucun accident.	11	19
13	65	»	9, 15, 21	Légère fièvre.	14	19
14	31	Très serré, nº 3.	9, 15, 21	Quelques gouttes de sang.	5	18
15	44	Très serré, filiforme.	9, 15, 21	Douleurs, quelques gouttes de sang.	12	19
16	49	Très serré, filiforme.	9, 15, 21	Aucun accident.	11	18

Nos.	AGE.	ÉTAT ANTÉRIEUR.	DILATATEURS.	PHÉNOMÈNES ULTÉRIEURS.	DURÉE du séjour.	SONDE passée à la sortie.
17	43	Infranchissable.	9, 15, 21	Quelques gouttes de sang.	33	18
18	48	Deux rétrécissements.	9, 15	Fièvre, suppuration du testicule.	57	18
19	28	Rétention d'urine, ponction de la vessie.	9	Pas d'accidents.	33	18
20	»	Électrolyse, passage infranchissable.	9, 15, 21	*Idem.*	33	18
21	44	Rétrécissement serré.	9, 15, 21	*Idem.*	30	18
22	36	Hématuries.	15	*Idem.*	14	17
23	42	Dilatation simple, cystite	9 puis 15, 21	*Idem.*	14	18
24	68	Rétrécissement serré.	9, 15, 21	Légère fièvre.	15	18
25	62	»	9, 15, 21	Pas d'accidents.	5	18
26	45	Orchite, cystite.	9, 15, 21	Légère fièvre.	13	18
27	70	Ponction vésicale.	9, 15, 21	Pas d'accidents.	13	20
28	41	Rétention d'urine.	9, 15, 21	Légère fièvre, quelques gouttes de sang.	7	18
29	55	Infiltration d'urine.	9, 15	Pas d'accidents.	15	18
30	54	Rétention d'urine.	9, 15, 21	*Idem.*	6	18
31	45	*Idem.*	12, 15, 19	*Idem.*	10	18
32	26	Cystite purulente, fièvre.	15, 21	*Idem.*	7	18
33	47	Uréthrotomie interne.	9 puis 15	Inflammation péri-uréthrale légère.	18	18
34	25	Uréthrotomie interne.	9, 15, 21	Pas d'accidents.	14	18
35	40	Deux uréthrotomies internes.	15, 21	*Idem.*	6	18
36	43	Uréthrotomie interne, rétention.	17	*Idem.*	31	17
37	29	»	17	Légère fièvre le soir.	21	18
38	40	Cystite purulente, fièvre.	12	Légère fièvre le soir.	16	18
39	55	Uréthrotomie interne.	12, 17, 22	Pas d'accidents.	10	18
40	49	Deux uréthrotomies.	12, 17, 22	Pas d'accidents, calcul prostatique.	55	20
41	38	Fièvre.	15, 19	Pas d'accidents.	26	17
42	25	Fièvre.	12, 15, 19, 23	Léger écoulement sanguin.	5	18
43	49	Cystite, coliques néphrétiques.	15, 19	Quelques gouttes de sang.	14	18
44	42	Uréthrotomie, dilatation temporaire.	15, 17, 19	Pas d'accidents.	42	15
45	43	»	12, 17, 21	Quelques gouttes de sang.	9	18
46	44	Uréthrotomie interne.	15, 19	Pas d'accidents.	22	19
47	35	Phlébite, veine dorsale, abcès.	12, 17	*Idem.*	46	18
48	50	Infiltration d'urine, ponction de la vessie.	12, 17, 17, 19, 22	*Idem.*	54	18
49	55	»	9, 15, 21	Pas d'accidents.	15	20
50	59	Infiltration, fistule.	9, 15, 21	*Idem.*	18	18
51	31	Rupture de l'urèthre.	9, 15, 21	*Idem.*	33	18
52	35	Infiltration d'urine, fistule.	15	Pas d'accidents.	34	15

Discussion.

M. M. SÉE. Sans entrer dans la discussion relative à l'uréthrotomie, je désire relever un passage du mémoire qui vient de nous être lu. M. Le Fort a dit que l'uréthrotomie interne n'avait pas pour effet, comme on avait pu le croire, à une certaine époque, de *mettre une pièce* au canal de l'urèthre.

Il y avait cependant quelque chose de fondé dans cette opinion. A l'époque où Reybard fit connaître sa méthode, j'étais interne de Robert et j'assistai aux expériences qui furent faites sur des chiens. Or, j'ai vu sur l'urèthre de l'un d'eux le canal élargi au point où avait porté la section. Il y avait en cet endroit une pièce de forme elliptique, comme ajoutée aux parois du canal. Elle mesurait 2 à 3 millimètres de largeur.

Communication.

Étude clinique sur le traitement de l'anévrysme artério-veineux simple, ou varice anévrysmale.

Par M. POLAILLON.

L'anévrysme artério-veineux simple ou sans sac est généralement considéré comme une affection stationnaire, comme une sorte d'infirmité qui n'altère pas la santé et qui est parfaitement compatible avec l'exercice à peu près normal des fonctions. J'ai cité à la Société (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, t. VIII, p. 806, 1882) un fait d'anévrysme artério-veineux de l'aisselle, que j'avais essayé de guérir, sans succès, par la compression et par l'électro-puncture, et qui était en définitive si bénin que j'ai abandonné le malade à lui-même. Mais il n'en est pas toujours ainsi. La communication artério-veineuse traumatique entre les gros vaisseaux de la racine des membres, particulièrement entre l'artère et la veine crurale, peut avoir des conséquences très graves. Le but de ce travail est d'en donner un exemple frappant. J'en tirerai cette conclusion, qu'il faut prévenir la formation des anévrysmes artério-veineux en liant immédiatement les artères blessées au voisinage des grosses veines, toutes les fois que l'on soupçonne qu'une communication peut s'établir entre la plaie nerveuse et la plaie artérielle. Si l'anévrysme est déjà formé, lorsque le blessé vient consulter, et s'il produit des accidents, il faut agir aussitôt que possible, car en temporisant, on s'expose à rencontrer des difficultés opératoires plus grandes et quelquefois des difficultés insurmontables.

Varice anévrysmale du pli de l'aine. — Épilepsie et troubles graves consécutifs. — Électro-puncture. — Septicémie. — Péricardite infectieuse. — Mort.

(Observation recueillie par M. Duchon Doris, interne des hôpitaux.)

Le malade qui fait le sujet de cette observation, D... Albert, est âgé de 23 ans. Il présente une taille au-dessus de la moyenne et un développement du système musculaire qui ne se rencontre habituellement pas à ce degré chez un homme aussi jeune, qui a été condamné depuis plusieurs années à une inaction forcée. Aussi, à première vue, on lui donnerait plutôt 30 ans que 23 ans.

Ses parents étaient cultivateurs. Son père a 58 ans; sa mère 52 ans. Tous deux ont une bonne santé. Son père a parfois des migraines. Sa mère a eu une fois, en hiver, quinze jours de douleurs rhumatismales, qui l'ont forcée à garder le lit.

Sa famille se composait encore de 5 autres enfants; un frère est mort en Afrique, au service, de fièvres paludéennes. Tous les autres frères ont des santés solides et n'ont aucune affection nerveuse.

Jusqu'à l'âge de 16 ans, D... Albert avait eu une santé parfaite.

Il exerçait, depuis peu de temps, la profession de garçon boucher, lorsqu'en 1878 l'accident qui a déterminé la formation de son anévrysme lui est arrivé. En désossant un gigot, le couteau dont il se servait est venu le frapper à l'aine droite. Une hémorrhagie formidable se produisit aussitôt. Il raconte que le sang a jailli à près d'un mètre de distance. Il eut la présence d'esprit de mettre immédiatement un doigt sur la plaie. En la comprimant ainsi, il put faire quelques pas; mais une syncope survint, et il ignore comment on a arrêté l'hémorrhagie.

Transporté à la Charité, le blessé fut soigné dans le service de la Clinique. Il y est resté quatre mois en traitement. Il gardait le repos absolu, la jambe maintenue dans une position très élevée. La plaie fut longue à guérir, et lorsqu'il sortit de l'hôpital, son billet portait le diagnostic d'anévrysme artério-veineux.

Six semaines après sa sortie, D..., qui n'avait aucun antécédent pouvant se rattacher à l'épilepsie, tombe brusquement en poussant un grand cri. Il se débat, écume, se mord la langue, et, après une courte période de sommeil, se réveille sans avoir connaissance de son attaque, qui lui a été racontée par son entourage.

Ces attaques se sont renouvelées souvent, tous les quinze jours environ. L'hiver dernier, elles ont été un peu moins fréquentes; mais depuis quelque temps, il n'a pas plus de huit jours de répit, et dans l'intervalle de ses attaques il a des vertiges et des bourdonnements dans l'oreille droite. Il prétend même qu'il entend moins bien de cette oreille.

Le membre blessé n'est pas douloureux, mais il se fatigue facilement, ce qui le rendait inapte à un travail suivi.

Indépendamment de ses attaques d'épilepsie, ce qui le tourmentait le

plus, c'est le bruit de son anévrysme, qu'il entend surtout dans la position horizontale et qui l'empèche de dormir.

Le 23 septembre 1885, D... entre dans le service de M. Polaillon, à la Pitié, bien décidé à subir n'importe quelle intervention chirurgicale, pourvu qu'elle le délivre d'une maladie qui lui rend la vie insupportable.

Nous constatons, à un travers de doigt du pli de l'aine, sur le trajet des vaisseaux cruraux, la présence d'une cicatrice linéaire, presque parallèle à l'arcade de Fallope. A ce niveau, la peau est soulevée par des battements visibles aux yeux. Le toucher donne la sensation d'un thrill intense, continu, avec renforcement pendant la diastole artérielle. Avec le stéthoscope, nous entendons un bruit de rouet ou de moulin, qui a une intensité extrême. On peut le percevoir à une grande distance de la lésion en auscultant l'abdomen et en auscultant la jambe le long de la face interne du tibia. Mais dans ces points extrêmes, le bruit perd son caractère continu, on n'entend plus qu'un souffle unique correspondant au renforcement diastolique.

La compression sur le trajet de l'artère, au-dessous de la lésion, augmente les battements et le thrill; au-dessus, elle les supprime. Il en est de même si l'on comprime sur le trajet de la veine; mais dans ce dernier cas on perçoit encore un frémissement intermittent, qui paraît siéger dans l'artère.

Les veines de la cuisse et de la jambe sont dilatées et flexueuses. La température du membre malade est très sensiblement augmentée. La peau qui le recouvre présente une coloration rosée. Son volume s'est notablement accru : mesurée à la racine de la cuisse, la circonférence du membre droit est de 58 centimètres, celle du membre gauche est de 52 centimètres; à la hauteur du mollet, la circonférence est, à droite, de 38 centimètres, à gauche, de 34 centimètres; au genou, les deux jambes étendues ont à droite 35 centimètres, à gauche 33 centimètres. Les deux membres ont la même longueur.

En palpant la fosse iliaque, on sent, au-dessus de l'arcade de Fallope, les vaisseaux iliaques qui battent fortement. On se rend compte par là de la dilatation considérable que les vaisseaux iliaques ont acquise.

L'exploration des vaisseaux au-dessous de la communication artério-veineuse permet de constater que le pouls dans la tibiale postérieure, par exemple, est plus affaibli et retardé.

Le cœur offre une hypertrophie considérable : sa pointe vient battre dans le 7e espace intercostal, entre la ligne axillaire et la ligne mamelonnaire. Par la palpation, on sent un choc d'une violence exagérée; l'auscultation fait entendre un souffle mitral très net avec dédoublement du second bruit, et un souffle indépendant à l'orifice tricuspide, plus intense parfois que le souffle mitral.

Les poumons sont parfaitement sains. Le foie déborde légèrement les fausses côtes. La rate n'est pas appréciable. Le malade n'a jamais eu d'œdème. Jamais de dyspnée.

Après une longue période d'observation, M. Polaillon diagnostique un *anévrysme artério-veineux avec dilatation des veines* ou *varice*

anévrysmale sans sac intermédiaire surajouté à la veine ou à l'artère.

Le 8 octobre, M. Polaillon applique un appareil compresseur sur l'anévrysme.

Pour cela, il se sert d'une pelote allongée, placée sur la communication entre la veine et l'artère, et maintenue en place par la tige d'un compresseur de Nélaton. Il faut une pression considérable pour faire disparaître le thrill et le bruit de souffle. Le malade ne peut supporter cette compression plus d'une heure.

Plusieurs applications successives de cet appareil compresseur furent faites sans modifier les signes physiques de la lésion. Cependant le malade signalait un bien-être relatif après chaque séance. Il n'avait plus de vertiges et les attaques d'épilepsie s'éloignaient.

Le 15 octobre, M. Polaillon fait une première séance d'électro-puncture, avec l'appareil de Gaiffe, dans le but de produire dans l'artère un caillot qui bouchera la communication artério-veineuse. Le compresseur est placé au-dessus de l'anévrysme pour intercepter le cours du sang dans l'artère et dans la veine et pour empêcher le transport d'un caillot par le courant veineux. Trois aiguilles sont enfoncées sur le point où la pression du doigt fait cesser le thrill et le bruit de souffle. Ce point correspond à peu près à la cicatrice. On fait ensuite passer le courant pendant dix minutes par chaque aiguille. Le patient éprouve de vives douleurs pendant cette opération. Il est même pris d'une petite attaque convulsive qui dérange la compression.

Après la séance, on laisse en place le compresseur pendant plusieurs heures, et le malade garde un repos absolu pendant trois jours.

Les signes physiques de l'anévrysme ne furent en rien modifiés par cette première séance d'électro-puncture; mais, pendant une période de quelques jours, le malade n'eut ni attaque ni vertige, et se trouva sensiblement mieux.

Une deuxième séance d'électro-poncture fut résolue et fixée au mardi 3 novembre. L'application des aiguilles eut lieu comme la première fois ; mais, pendant l'opération, la compression de l'artère, au-dessus de l'anévrysme, fut faite très complètement avec les doigts. Le compresseur ne fut appliqué qu'après la séance. Celle-ci fut aussi douloureuse que la première, mais elle ne fut marquée par aucun incident notable.

Le soir du 3 novembre, le malade allait bien. On constata une diminution sensible du thrill. En même temps, le pouls avait disparu dans la tibiale postérieure. La cuisse et la jambe étaient moins chaudes, en ce sens qu'il n'y avait plus de différence de température avec le membre du côté opposé. Les veines étaient très gonflées, surtout la saphène interne et ses branches afférentes.

4 *novembre*. Le malade se plaint d'un malaise général et d'un mal à la gorge, qui paraissent dus à un refroidissement. M. Polaillon fait appliquer une vessie de glace sur l'anévrysme.

5 *novembre*. T. 39°,3. Faciès très altéré; teinte subictérique; dys-

pnée. Le malade n'a pas eu de frisson. On lui donne 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le soir, on perçoit, par l'auscultation, des foyers de râles crépitants disséminés dans les poumons. Submatité peu marquée à la base gauche. Les battements du cœur sont tumultueux et les souffles moins perceptibles.

6 *novembre*. La température se maintient à 39°,3. Le malade est anhélant, pâle, avec une teinte légèrement subictérique. A l'auscultation du cœur, on perçoit un bruit de souffle, rude, râpeux, systolique et légèrement présystolique, ayant deux maxima, l'un au niveau de l'appendice xyphoïde, l'autre au niveau de la troisième côte et du sternum. Les caractères de ce bruit font hésiter entre un souffle rude et un frottement péricardique. Dans le poumon, matité étendue à la base droite, râles crépitants et souffles. Submatité légère à gauche; foyers de râles disséminés. La rate offre une matité de 15 centimètres de hauteur. La percussion du foie montre que cet organe déborde sensiblement les fausses côtes.

Urines briquetées. Réaction de l'hémaphéine. Pas d'albumine.

Une goutte de sang est examinée au microscope par le Dr Netter, chef de clinique de la Clinique médicale. Il y trouve une extrême abondance de globules blancs (14 ou 15 globules blancs volumineux dans le foyer d'un objectif à immersion), beaucoup de globulins, une ou deux plaques grises et un grand nombre de microbes.

Traitement : 1 gramme de sulfate de quinine, potion de Todd; vessie de glace sur la région de l'aine.

Le soir, anhélation très intense. Le patient garde la position assise. La face est couverte de sueur. Les bruits du cœur sont très sourds. Le pouls est faible et fréquent.

7 *novembre*. Épanchement péricardique abondant. On perçoit à peine les souffles du premier bruit. Dédoublement du second bruit. La matité du foie a sensiblement augmenté. La matité de la rate a peut-être un peu diminué d'étendue.

Pas d'albumine dans les urines.

Anhélation toujours très intense; mais on n'ausculte pas le malade à cause de sa grande faiblesse. T. matin, 39°; soir, 38°,2.

Traitement : vésicatoire sur la région précordiale; sulfate de quinine, 1 gramme; potion de Todd et vin de quinquina.

8 *novembre*. L'anhélation est moindre. La matité du foie et de la rate ont beaucoup augmenté. T. matin, 38°,2.

Même traitement.

9 *novembre*. Un peu moins de dyspnée. On entend un léger frottement péricardique. La matité cardiaque a diminué. La rate et le foie présentent toujours un volume anormal.

Le malade se plaint de douleurs dans l'articulation du cou-de-pied et du genou droits. Ces articulations sont sensibles à la pression, et à leur niveau il y a un peu de gonflement et de rougeur.

Même traitement : vésicatoire sur la région précordiale, frictions avec liniment chloroformé sur la jambe. T. matin, 39°,4; soir, 40°,2.

10 *novembre*. Le frottement péricardique s'accentue. Les douleurs de la jambe sont moins prononcées. Pâleur du visage. Anhélation, anxiété, insomnie. Depuis hier le malade a un peu de diarrhée.

Traitement : sulfate de quinine, 1 gramme ; potion de Todd, vin de quinquina, ventouses sèches.

11 *novembre*. Le frottement péricardique est très net. On entend le bruit de cuir neuf. Les bruits du cœur sont encore très sourds. Le vésicatoire empêche de pratiquer la percussion.

La matité des poumons a diminué et les râles crépitants ont presque disparu. Quelques frottements pleuraux à la base droite.

Le malade a un peu de délire. T. matin, 39°; soir, 38°,3.

Toute la journée, le malade a eu une diarrhée abondante et fétide. Ses selles sont parfois involontaires. Le pouls est régulier, ample et fort à 112 pulsations.

Pas d'albumine dans les urines.

12 *novembre*. Œdème considérable de la cuisse et de la jambe droites. On trouve aussi un peu d'infiltration œdémateuse à la main gauche et au pied gauche, surtout autour des malléoles. La diarrhée est toujours intense.

Examen du sang. — M. Netter nous communique la note suivante :

« Nous avons à trois dates différentes examiné le sang du nommé D... Le microscope nous a permis d'y reconnaître des éléments pathologiques mobiles, que des cultures successives ont révélé être de nature parasitaire.

« Ces germes se présentent sous forme de petits grains ronds. Ces grains sont tantôt isolés, tantôt groupés en série linéaire. Un pareil groupement produit dans ces cas des chapelets pouvant contenir jusqu'à 16 et 20 grains. Ces chapelets sont animés de mouvements flexueux. Les grains d'un même chapelet n'ont pas tous les mêmes dimensions. On en trouve un ou deux plus volumineux, correspondant sans doute à des organismes préparant une segmentation.

« Les germes n'ont cessé de se multiplier dans le sang. Ils ont été plus nombreux aux examens des 12 et 13 novembre qu'à celui du 6 novembre.

« Ce sang, recueilli avec les précautions usuelles, a servi à ensemencer des tubes contenant du bouillon peptogélatinisé ou additionné d'agar-agar. Ces tubes placés à 37° ont donné naissance, le long des stries d'inoculation à des colonies arrondies de coloration blanche et jaune.

« Ces colonies, formées de microcoques ronds, groupés en grappe, ont tous les caractères des colonies de staphylococcus albus et aureus de Rosenbach.

« Il y eut également des colonies plus ténues, grisâtres, en poussière, de streptococcus pyogènes. Mais ces dernières n'ont pas été isolées dans des cultures ultérieures. »

13 *novembre*. T. matin, 38°,8; soir, 39°,8. L'œdème s'est accentué depuis hier. Douleurs dans la cuisse droite. Sueurs profuses; agitation. Le malade rejette ses couvertures. Sensations d'une chaleur intense. Oppression extrême.

14 *novembre*. Même état local; mais amélioration de l'état général. La dyspnée est moindre. Les phénomènes morbides du côté des poumons se sont bien amendés. La rate a beaucoup diminué de volume, ainsi que le foie. On entend les frottements péricardiques et les souffles des orifices mitral et tricuspide. Le pouls est normal. T. matin, 37°,8; soir, 38°,2.

Même traitement : ventouses sèches répétées.

15 *novembre*. Même état. Alternatives d'oppression et de calme pendant la journée. Diarrhée : selles peu abondantes, mais fréquentes.

16 *novembre*. Amélioration assez sensible des symptômes généraux. Le malade se tient assis sur son lit. La dyspnée est moindre. L'état local n'a pas varié.

Examen du sang.

17 *novembre*. Légère épistaxis ce matin. Œdème un peu plus prononcé de la cuisse droite. Le thrill est revenu à peu près à son ancienne intensité. Anhélation très prononcée. Trouble marqué des idées. Le pouls est fréquent et faible. Les signes stéthoscopiques n'ont pas varié.

Absence d'albumine dans les urines.

On remplace le sulfate de quinine par une petite dose de 1gr,50 d'acide salicylique comme antipyrétique.

18 *novembre*. Anhélation extrême; anxiété. L'œdème du membre inférieur droit a augmenté. Le facies est très altéré. Les traits sont tirés : la face est pâle et couverte de sueurs; les yeux sont hagards ; la voix est cassée. Le malade entremêle ses réponses de divagations. Il y a des intermittences du cœur et du pouls.

19 *novembre*. L'état du malade est toujours aussi grave. Le pouls est toujours intermittent et très faible. Les battements du cœur sont à peine perceptibles.

20 *novembre*. La journée n'est qu'une longue agonie. Le malade succombe à onze heures et demie du soir.

Autopsie faite le 22 novembre, trente-six heures après la mort.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate une légère quantité d'ascite. Le foie est volumineux. Il déborde beaucoup les fausses côtes, et son bord inférieur vient se mettre en contact avec la crête iliaque.

La rate, assez volumineuse, déborde d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes.

En ouvrant la cavité thoracique, on constate que toute sa partie antérieure est occupée par le péricarde distendu par une énorme quantité de liquide. On recueille à peu près 2 litres de sérosité péricardique, qui est d'un rouge brunâtre et renferme quelques flocons de fibrine.

Les parois de la cavité péricardique sont tapissées par des saillies en forme de villosités volumineuses et extrêmement nombreuses. Leur mode de groupement rappelle la comparaison classique du péricarde avec une *langue de chat*. Ces villosités sont surtout multipliées sur la paroi antérieure du péricarde pariétal, où quelques-unes d'entre elles

mesurent plus de 1 centimètre de hauteur. Le péricarde viscéral présente sur les points correspondants un aspect identique.

A la partie moyenne existe une adhérence complète des deux feuillets du péricarde. Au-dessus et au-dessous de cette adhérence, on peut cependant passer les doigts entre les deux feuillets. Cette adhérence mesure près de 5 centimètres de hauteur. Elle est située au-devant du ventricule droit et de l'oreillette droite. Elle subdivise la cavité péricardique en deux loges secondaires, dont l'aspect et le contenu diffèrent : la loge située à droite contient un liquide plus fibrineux et manque de végétations sur le péricarde pariétal ; sur la face viscérale, sur les vaisseaux et sur l'auricule, qui est extrêmement augmenté de volume, existent, au contraire, des végétations fort volumineuses et d'un aspect tout nouveau.

Les poumons sont légèrement aplatis par l'épanchement péricardique. A la coupe, ces deux poumons présentent des lobules emphysémateux et d'autres lobules atélectasiés. La base du poumon droit présente des territoires d'atélectasie très étendus, ce qui est en partie expliqué par la présence d'une pleurésie peu abondante à droite.

On peut noter encore des adhérences pleurales abondantes surtout à droite, où elles unissaient les lobes entre eux et rattachaient les poumons à la paroi costale en plusieurs points.

La rate présente une consistance très ferme. Son diamètre est de 16 centimètres et sa plus grande largeur de 10 centimètres. Sa coupe présente un aspect chagriné dû au développement des glomérules de Malpighi. Son poids est de 250 grammes.

Le foie présente l'aspect du foie muscade. Son poids est de 2,850 grammes.

Le rein gauche est volumineux, dur. Sa surface est parsemée de petits kystes qui se laissent décortiquer avec difficulté. La portion corticale de l'organe n'est pas augmentée de volume. Sa consistance est plus grande. Elle est traversée de stries blanchâtres. Son poids est de 255 grammes.

Le rein droit ne présente pas de kyste. Son aspect est lobulé. Son tissu est moins dur à la coupe. Sa substance médullaire est nettement congestionnée.

Le *pancréas* et les *capsules* surrénales sont normaux.

Le *cœur*, dans son ensemble, présente une augmentation considérable de volume ; c'est un véritable cœur de bœuf. Le ventricule droit est dilaté et ses parois un peu épaissies ; mais l'hypertrophie porte surtout sur le cœur gauche, dont les parois ont une épaisseur qui atteint 2 centimètres. Les valvules sigmoïdes, aortiques et pulmonaires sont suffisantes et ne présentent pas de lésions. Les valvules tricuspides et mitrale sont également saines.

L'aorte thoracique n'est pas dilatée au niveau de la crosse, et contraste avec le volume du cœur. Au-dessus de la crosse, l'aorte affecte un diamètre un peu plus considérable qu'à l'état normal. La dilatation de l'aorte abdominale est manifeste. Toutes les tuniques de ces gros vaisseaux sont remarquables par leur élasticité et leur souplesse.

L'*articulation du genou droit*, qui avait été le siège de douleur et de gonflement, laisse écouler une grande quantité de synovie un peu trouble; mais il n'y a aucune altération notable de la synoviale, ni des cartilages.

Le *cerveau* est absolument sain.

L'*anévrysme artério-veineux* siégeait à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade de Fallope. Il était formé par une communication

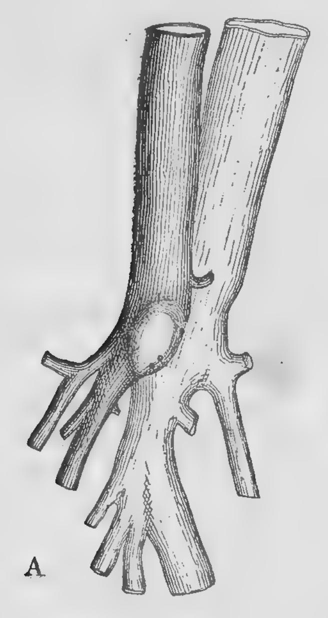


Fig. A.

Artère et veine crurales accolées dans une grande étendue au-dessus de la communication artério-veineuse. Petite dilatation ampullaire de la paroi antérieure de l'artère au niveau de cette communication. Les trois points situés à la partie interne de cette ampoule représentent exactement les piqûres des trois aiguilles pendant la deuxième séance d'électro-puncture.

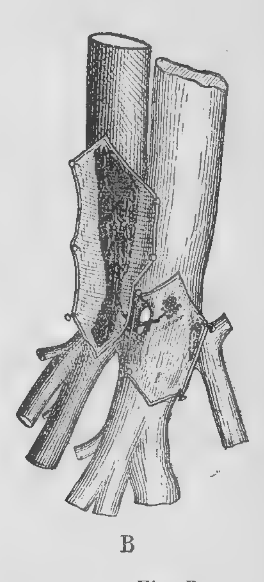


Fig. B.

Ces mêmes vaisseaux ouverts au niveau de cette communication. Caillot de l'artère crurale se prolongeant par un filament fibrineux jusque dans la veine crurale, où se trouve une petite masse de sang coagulé en caillots fibrineux assez durs.

(Figures reproduites exactement à demi-grandeur naturelle.)

directe entre l'artère et la veine crurales, sans sac formé aux dépens de ces vaisseaux.

La paroi antérieure de l'artère présentait seulement une petite dilatation ovoïde.

L'orifice de communication mesurait 1 centimètre de long sur 6 millimètres de large. Il affectait une forme régulièrement elliptique; le

grand axe de l'ellipse étant parallèle à celui des vaisseaux. Au-dessus de la communication artério-veineuse, l'artère était très dilatée ainsi que la veine, et cette dilatation s'étendait jusqu'aux vaisseaux iliaques internes et jusqu'à l'aorte abdominale. En outre, l'artère et la veine étaient étroitement unies sur une longueur de plus de 6 centimètres au-dessus de l'anévrysme. La veine était comme soudée à la partie interne et postérieure de l'artère. Cette union était même si intime que la séparation de la veine par une dissection minutieuse entraîna l'ouverture de cette dernière en trois endroits.

Au-dessous de l'anévrysme, les deux vaisseaux se séparaient. L'artère fémorale présentait sa division habituelle en fémorale profonde et fémorale superficielle donnant quelques branches musculaires. Ces vaisseaux avaient à peu près leur calibre normal, peut-être un peu rétréci. L'artère épigastrique émergeait à 1 centimètre au-dessus de l'anévrysme.

Toutes les veines collatérales qui aboutissaient à la veine fémorale étaient augmentées de volume et gorgées de sang.

En incisant les vaisseaux, on constatait que leur paroi était plus épaisse au-dessus qu'au-dessous de l'anévrysme.

L'artère crurale était pleine de sang au-dessus de la communication artério-veineuse, tandis que toutes les autres artères du cadavre étaient vides. Après avoir laissé écouler ce sang, on trouvait un caillot fibrineux rougeâtre, assez consistant, qui remplissait le calibre de l'artère. Ce caillot s'amincissait en pointe à sa partie inférieure pour se terminer par un filament qui s'introduisait par l'orifice artério-veineux jusque dans la veine, où il remontait un peu du côté du cœur.

Les tissus n'étaient pas altérés autour de l'anévrysme, à l'exception de la cicatrice primitive qui unissait la veine et l'artère à la peau. Dans le tissu cellulaire, on rencontrait deux petits corps étrangers, noirâtres, se fragmentant facilement, qui n'étaient autre chose que les extrémités de deux aiguilles dont la pointe était restée dans les tissus pendant la dernière séance d'électro-puncture.

En arrière de l'arcade de Fallope, on trouvait le long des vaisseaux iliaques de gros ganglions lymphatiques noirâtres très adhérents à la veine, dont ils longeaient le côté interne.

Réflexions. — En récapitulant l'observation précédente, je ferai d'abord remarquer que le jeune homme qui en fait l'objet, parfaitement bien portant jusqu'à son accident et sans antécédents épileptiques du côté de ses parents, devint subitement épileptique quelque temps après la formation de sa varice anévrysmale.

Entre ces deux phénomènes morbides, anévrysme artério-veineux et épilepsie, il me paraît y avoir une relation de cause à effet. La communication artério-veineuse, en diminuant, comme on le sait, la tension du sang artériel, a produit chez notre patient une dilatation ascendante de l'artère blessée, puis une dilatation de l'aorte et même une dilatation du cœur, qui s'est hypertrophié peu

à peu jusqu'à acquérir un volume énorme. Il en est résulté un trouble plus ou moins profond dans l'irrigation des centres nerveux ; d'où les vertiges persistants, les bourdonnements d'oreilles et les attaques d'épilepsie qui augmentaient d'intensité et de fréquence avec les progrès de la dilatation artérielle et de l'hypertrophie du cœur. La preuve que le trouble circulatoire était bien la cause des troubles nerveux, c'est qu'en empêchant le passage facile du sang artériel dans le sang veineux, c'est-à-dire en ramenant la circulation à ses conditions normales par la compression permanente de l'anévrysme, on supprimait les vertiges et les attaques d'épilepsie, et que ce bien-être durait quelques jours après la cessation de la compression. J'ai renouvelé plusieurs fois cette sorte d'expérience, qui m'indiquait que la guérison de l'anévrysme amènerait aussi la guérison des troubles nerveux.

Le malade réclamait avec une grande insistance qu'on le délivrât de son mal soit par une opération, soit par un traitement quelconque. Sa position était, en effet, des plus pénibles : depuis sept ans, il souffrait non seulement de ses vertiges, de ses bourdonnements d'oreilles, de ses attaques d'épilepsie, mais encore du bruit de son anévrysme, qui l'empêchait de dormir, de l'impotence de son membre et d'une faiblesse générale qui rendait impossible tout travail suivi.

Mais comment fallait-il intervenir?

Si le chirurgien qui a soigné au début la plaie artérielle avait prévu la formation d'une varice anévrysmale et tous les troubles morbides qu'elle a engendrés chez notre patient, nul doute qu'il ne se fût appliqué à y couper court en liant l'artère crurale.

Un peu plus tard, lorsque la communication artério-veineuse se fût établie, la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la blessure aurait probablement amené la guérison. Mais la croyance traditionnelle à la bénignité des varices anévrysmales a arrêté toute idée d'intervention.

On s'est borné à prescrire le repos ; puis on a laissé le malade à lui-même.

La ligature de la crurale eût été praticable dans les premiers temps de la maladie, à une époque où les vaisseaux, artère et veine crurales, n'étaient pas encore dilatés, ni soudés l'une à l'autre par des tissus indurés. Mais, au bout de sept années, lorsque je vis le malade, je jugeai que cette opération était devenue impossible. En effet, je sentais au niveau de l'anévrysme et dans la fosse iliaque un gros cylindre formé par les vaisseaux, et autour d'eux une sorte d'empâtement. Il était donc certain que l'artère et la veine, dont les rapports sont si intimes dans cette région, étaient accolées l'une à l'autre par un tissu analogue au tissu cicatriciel et que l'isolement

nécessaire pour la ligature de l'artère présenterait des difficultés insurmontables. L'autopsie a démontré ce que l'observation clinique me faisait pressentir : à une grande distance de la communication artério-veineuse, les parois de l'artère et de la veine crurales étaient si intimement confondues, qu'il fut impossible de les séparer par la dissection sans ouvrir la veine en trois points.

Si la ligature de la crurale eût été possible, il aurait fallu la pratiquer au-dessus et au-dessous de la communication artério-veineuse et très près de celle-ci, pour ne pas laisser de collatérale entre les deux points liés. En supprimant ainsi le courant de l'artère à la veine, on aurait eu de grandes chances de guérir la varice anévrysmale.

Mais à défaut de la ligature, n'avait-on pas d'autre procédé pour atteindre le même but? Je songeai à la compression et à la galvano-puncture.

La pression avec l'extrémité du doigt sur le point précis de la communication artério-veineuse faisait disparaître le thrill et le bruit de souffle. Par conséquent, en appliquant sur ce point la pelote d'un appareil compressif, j'avais quelque espoir de produire un caillot obturateur. Mais je me hâte d'ajouter que cet espoir était bien faible, parce que je n'avais pas affaire à un anévrysme artério-veineux avec sac intermédiaire ou surajouté, mais à une varice anévrysmale dans laquelle la compression ne détermine habituellement pas la coagulation du sang. Le malade supporta avec beaucoup de courage plusieurs séances de compression mécanique avec l'appareil de Nélaton. Les phénomènes généraux l'amendèrent, mais je n'obtins aucun résultat pour la cure de l'anévrysme. J'insistai cependant sur la compression pendant huit jours, afin de développer la circulation collatérale.

Restait la galvano-puncture. Comme l'orifice de communication était étroit, je pensai qu'en plaçant des aiguilles dans l'artère au niveau de cet orifice, et en les faisant traverser par le courant d'une forte pile de Gaiffe, je parviendrais à produire dans la crurale la formation d'un caillot qui oblitérerait la communication artério-veineuse.

Le passage éventuel de quelques caillots dans la veine, où ils auraient infailliblement formé des embolies, constituait le grand danger de ce procédé. Aussi je pris les plus minutieuses précautions pour interrompre la circulation dans la veine crurale, non seulement pendant les séances d'électro-puncture, mais encore pendant plusieurs heures après ces dernières.

Le 15 octobre, à la visite du matin, je plaçai trois aiguilles dans l'artère crurale, au niveau du point où la pression du doigt faisait cesser le thrill et le bruit de souffle. Ces aiguilles furent enfoncées

de manière à ce que leurs pointes fissent saillie d'environ un demi-centimètre dans la cavité artérielle. Elles étaient espacées les unes des autres d'à peu près un centimètre. Elles présentaient des oscillations synchrones avec la pulsation artérielle, ce qui m'indiquait qu'elles étaient bien placées dans l'artère. J'appliquai ensuite avec grand soin la pelote d'un compresseur au-dessus des aiguilles sur le trajet de la veine, de manière à interrompre la circulation en retour. Puis je fis passer par chaque aiguille, et pendant dix minutes pour chacune d'elles, le courant d'une forte pile de Gaiffe. Le pôle positif était mis en communication avec les aiguilles ; le pôle négatif venait aboutir à une large plaque métallique mouillée d'eau salée et placée sur la cuisse malade. Le passage du courant détermina de très vives douleurs, mais le patient avait une telle envie de se guérir qu'il les supporta presque sans se plaindre. Il supporta aussi pendant plusieurs heures la pelote qui comprimait énergiquement la veine. Ce n'est que vers le soir qu'il lui fut permis de la desserrer un peu. Enfin il garda pendant trois jours un repos absolu dans le décubitus dorsal.

Cette première tentative pour déterminer la formation d'un caillot dans l'artère crurale échoua complètement, et les signes physiques de l'anévrysme ne furent en rien modifiés. Mais, comme il ne se produisit aucun accident consécutif, je m'enhardis à recommencer.

Une nouvelle séance d'électro-puncture fut faite dix-huit jours après la première. Trois aiguilles d'acier furent enfoncées exactement au niveau de la communication artério-veineuse et placées plus près les unes des autres que dans la première séance. La compression de l'artère et de la veine au-dessus de l'anévrysme fut faite très exactement avec les doigts. Après la séance, les doigts furent remplacés par un compresseur mécanique laissé à demeure.

Un caillot s'était manifestement formé dans la crurale au voisinage de l'orifice artério-veineux, car le soir même le thrill avait presque disparu, et on ne percevait plus les battements de l'artère tibiale postérieure.

Il n'est pas douteux qu'une ou deux nouvelles séances d'électro-puncture auraient donné une oblitération complète de l'artère et de la communication artério-veineuse. Mais l'état du malade ne me permit pas de continuer ce traitement.

Le lendemain de la deuxième séance d'électro-puncture, le malade fut pris d'une angine fébrile que j'attribuai à un refroidissement. En même temps l'auscultation faisait entendre des foyers de râles crépitants disséminés dans les deux poumons. Deux jours après, une péricardite intense se déclarait.

Le sang examiné à ce moment par M. Netter contenait une grande

quantité de microbes, une multitude de globules blancs et quelques plaques grises. Il était difficile de ne pas voir là un état infectieux dont l'origine m'échappait, mais dont les effets devaient être funestes.

L'épanchement péricardique augmentait de plus en plus ; des arthrites se montrèrent au pied et au genou droits, une diarrhée fétide et du délire survinrent ; puis le malade succomba dix-sept jours après la tentative d'électro-puncture.

Pendant le cours de ces accidents, les caillots qui commençaient à oblitérer l'anévrysme artério-veineux s'étaient déplacés, et le thrill était revenu à peu près à son ancienne intensité. La gravité de la situation avait fait négliger et même abandonner dans les derniers jours la compression de l'anévrysme.

A mon avis, la mort est due à une septicémie, septicémie amenant, outre plusieurs lésions secondaires, une péricardite infectieuse. Quelques petits caillots migrateurs détachés du gros caillot crural ont certainement compliqué la maladie en engendrant des infarcti pulmonaires passagers. Mais, malgré mes craintes, il n'y a eu nulle part une embolie grave.

L'électro-puncture avait été faite sans précautions antiseptiques, sans avoir lavé la région inguinale et sans avoir préalablement stérilisé par la chaleur ou par un lavage phéniqué les fines aiguilles d'acier que j'enfonçais dans l'artère.

J'avoue que l'antisepsie m'avait paru superflue pour des plaies opératoires si minimes, plaies qui devaient en outre être traversées par un courant électrique d'une grande intensité. Cependant il est fort probable que cette négligence a été funeste, et que ce sont les piqûres des aiguilles qui ont introduit dans le sang les germes infectieux.

Ce qui tend à me confirmer dans cette opinion, c'est que, dans un lit situé en face de celui qu'occupait notre opéré, mourait d'infection purulente un homme qui était entré dans le service pour une otite interne avec carie du rocher.

En étudiant la pièce anatomique que je présente à la société (*fig.* B), on voit que l'électro-puncture avait déterminé dans l'artère un gros caillot fibrinieux avec un prolongement jusque dans l'ouverture artério-veineuse. De nouvelles séances d'électro-puncture auraient infailliblement augmenté ce caillot, au point d'oblitérer complètement l'artère et son orifice de communication avec la veine. Les conditions de la guérison auraient alors été réalisées.

Toutefois, je ne me dissimule pas que l'électro-puncture est un procédé dangereux dans le cas de varice anévrysmale, parce qu'il peut donner naissance à des embolies graves. On ne doit donc y recourir qu'après tous les autres moyens ou lorsque les autres

moyens sont inapplicables. La ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la communication reste comme le plus simple et le plus efficace des procédés, lorsque la région le permet et lorsqu'on est appelé à intervenir de bonne heure.

Discussion.

M. Verneuil. On ne m'accusera certainement pas d'avoir de la tendance à faire le procès aux moyens de douceur. Cependant, après l'étude à laquelle je me suis livré à propos d'un travail de M. Reclus, communiqué autrefois à la Société, j'en suis arrivé à penser que dans le traitement de l'anévrysme artério-veineux il fallait, ou bien s'abstenir complètement d'y toucher, ou l'attaquer par les plus grands moyens destructeurs. J'entends, par cette dernière expression, la ligature de la veine et de l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrysme, en y ajoutant généralement la ligature d'un certain nombre de veines innominées.

C'est ainsi que chez un jeune garçon de 19 ans atteint d'un anévrysme artério-veineux poplité j'ai fait la ligature de l'artère, de la veine poplitée et de nombreuses veinules anormalement développées.

M. Polaillon vient de nous donner les raisons qui l'ont décidé à ne pas tenter la ligature. D'après ce qu'il nous a dit, elle eût vraisemblablement été impossible. Mais ne pense-t-il pas que la compression prolongée qui avait été faite a pu augmenter les adhérences de la veine avec l'artère ? Il y a eu sans doute inflammation provoquée dans le voisinage des vaisseaux, que, sans cela, on eût peut-être pu lier.

D'ailleurs, je ne vois pas bien pourquoi, dans ces cas, on ne lierait pas ensemble la veine et l'artère. C'est ainsi que j'agis le plus souvent dans les amputations de la cuisse. Je comprends l'artère et la veine dans une même ligature de soie phéniquée.

Dans le cas de M. Polaillon, la septicité du sang a été constatée pendant la vie. C'est là un fait intéressant. Je rappellerai que M. Nepveu et moi nous l'avons également constatée chez un malade atteint d'anévrysme poplité et qui a succombé. Il semblerait que les caillots anévrysmaux qui ont été soumis à des manipulations soient particulièrement exposés à cette formation de matières septiques. A l'avenir, il faudra donc compter avec cette septicité des caillots anévrysmaux enflammés et savoir que le danger des embolies se trouverait décuplé dans ces cas.

M. Le Fort. L'observation que nous a communiquée M. Polaillon vient, une fois de plus, à l'appui de ce que j'ai dit il y a vingt ans,

qu'il ne faut pas intervenir dans les cas d'anévrysmes artério-veineux des grosses artères et des grosses veines, telles que la carotide, la sous-clavière. La règle est de ne pas y toucher. Si cependant, il y avait nécessité absolue, il faudrait faire la ligature de l'artère et de la veine qui entraîne presque nécessairement la gangrène du membre.

Quant à l'électrolyse, elle a été fort employée dans le traitement des anévrysmes. Mais je pense qu'on a eu tort d'y recourir dans les cas d'anévrysmes artério-veineux.

Plus je vais, plus je reste convaincu qu'elle ne donne lieu qu'à la formation de caillots temporaires qui se dissocient ensuite. Elle ne donne véritablement de résultats que par la cautérisation des tissus qu'elle produit.

M. Polaillon. Tout d'abord, j'ai songé à faire la ligature sur mon malade. Mais j'y ai renoncé à cause de l'empâtement de la fosse iliaque, qui m'eût empêché d'isoler la veine et l'artère. En liant les deux vaisseaux, j'étais presque certain de provoquer la gangrène du membre.

L'abstention que préconise M. Le Fort en présence de ces anévrysmes est bonne en principe. Mais chez mon malade, la vie était réellement devenue impossible par suite de l'hypertrophie du cœur et des crises épileptiformes.

Je suis étonné aussi d'entendre M. Le Fort alléguer la diffluence des caillots obtenus par l'électrolyse. Sur la pièce que je présente, on voit en effet que le caillot est assez solide et qu'il devient même fibrineux en se prolongeant vers la veine. D'ailleurs, on a guéri par l'électrolyse des anévrysmes de la crosse de l'aorte. Il faut bien, dans ces cas, qu'il se soit formé des caillots solides pour expliquer la guérison.

Dans les varices anévrysmales en particulier, je crois à l'efficacité de l'électro-puncture pour provoquer la formation de caillots.

M. Le Fort. Un semblable résultat ne pourrait être obtenu qu'à la condition de prolonger pendant quarante-huit heures le passage du courant.

Communication.

Fistule vésico-utérine. — Nouveau procédé de cystoplastie,

Par le Dr H. Folet (de Lille).

Ayant récemment observé un cas de fistule vésico-utérine, je l'ai traitée et guérie par un procédé dont aucun élément n'est assu-

rément inédit. L'ensemble n'en constitue pas moins, à ce qu'il me paraît, quelque chose d'assez nouveau. De plus, cette manière de faire ne s'applique pas seulement au fait rare que j'ai eu à traiter; elle peut encore trouver son emploi dans une foule d'autres cas plus usuels. C'est ce qui m'engage à communiquer mon observation à la Société de Chirurgie.

Le 25 mars 1886, entre dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, salle Saint-Roch, n° 20, une fille de 40 ans, la nommée V... (Julie). Cette fille, sans présenter de l'aliénation proprement dite, est une cérébrale, une déséquilibrée, ainsi que j'ai pu le constater pendant les deux mois qu'elle a passés dans mon service. Bizarre, acariâtre, hypocondriaque, elle accuse de temps en temps quelque symptôme qu'elle décrit en termes très exagérés et dont elle se montre fort inquiète. Au bout de quelques jours, elle n'y pense plus et se plaint d'une souffrance nouvelle. Au commencement de cette année 1886, elle se figura qu'elle portait une affection utérine. Elle consulta un médecin qui l'examina au spéculum et lui cautérisa une vingtaine de fois le col au nitrate d'argent. Malheureusement, elle n'appliqua pas à cette manifestation de son hypocondrie sa versatilité habituelle. Toujours persuadée qu'elle était malade de l'utérus, et mécontente de ne pouvoir avancer les choses, elle alla trouver, dans le département de la Somme, un charlatan — charlatan diplômé, ma foi — dont la carte, que j'ai en main, promet la guérison des « cancers, chancres, boutons chancreux, ulcères, etc., chez les deux sexes et sans couper. Il tient de nombreux certificats authentiques à la disposition du public et se transporte partout où on l'appelle ». Cet honorable gentleman pratiqua au fond du vagin, chez ma malade, deux cautérisations au fer rouge, probablement à l'aide du thermo-cautère. Les deux opérations furent suivies de douleurs très vives, et huit jours après la seconde, l'écoulement passif d'urine par le vagin commença et continua incessamment depuis cette époque. C'est surtout au lit que la malade est mouillée. Dans la station debout, les urines peuvent être gardées pendant la première demi-heure environ; au bout de ce temps, à moins qu'une miction ne vienne vider la vessie, elles s'échappent par le vagin.

Nous allons voir que les conditions anatomiques de la lésion rendent parfaitement compte de ces particularités. Au toucher, je trouve la lèvre postérieure du col, dont le volume est normal, liée par un repli falciforme concave antérieurement à la paroi postéro-latérale droite du vagin. Ce repli est une bride cicatricielle, résultat d'une cautérisation insensée du cul-de-sac postérieur. La présence de cette bride ne laisse pas que de gêner l'exploration au spéculum entre les valves duquel il est assez difficile d'amener le col. J'y parviens toutefois après quelques tâtonnements. Le col est absolument lisse et sain. Par l'orifice s'écoule sans cesse un liquide clair qui n'est autre que l'urine, ainsi qu'une injection intra-vésicale colorée me le démontre sur-le-champ.

Ayant introduit un hystéromètre dans le col, je parvins, en abaissant

fortement le manche vers le rectum, à pénétrer dans la cavité vésicale. Une sonde d'homme introduite dans la vessie me fit en effet nettement sentir et entendre le contact métallique de deux instruments.

Ma malade était donc atteinte de fistule vésico-utérine, située vraisemblablement vers l'union du col et du corps de la matrice; car, dans mon exploration hystérométrique, il m'avait semblé que la boutonnière par laquelle je pénétrais dans la vessie se trouvait à 4 centimètres environ au-dessus de l'orifice cervical. Sans aucun doute, l'utérus étant chez cette femme en très légère rétroversion, le couteau thermique, introduit dans le col au mépris de toute prudence, était allé buter brutalement contre la partie supérieure de la paroi interne de la lèvre antérieure, et avait escharifié en ce point limité toute l'épaisseur de la cloison utéro-vésicale.

Que faire? J'avoue que je n'avais jamais rencontré de fistule vésico-utérine. Les cas en doivent d'ailleurs être très rares, car les traités et articles spéciaux ne leur consacrent que quelques lignes banales dont la conclusion thérapeutique est que la seule méthode pratique de traitement consiste à aviver les lèvres du col et à occlure cet orifice, le sang des règles devant s'écouler chaque mois mélangé à l'urine.

En réfléchissant à la chose, il me sembla qu'il y avait mieux que cela à tenter. Je me rappelai qu'au cours de l'une des deux hystérectomies vaginales publiées par Gillette, la vessie ayant été lésée, put être facilement suturée. Ne pouvais-je refaire intentionnellement ce que le chirurgien avait fait là par nécessité?

De plus, je pensai qu'en dilatant l'urèthre au point d'introduire le doigt dans la vessie, je me donnerais de grandes facilités exploratrices et opératoires.

On sait que l'urèthre féminin est étonnamment dilatable. On a plus d'une fois tiré parti de cette propriété pour l'extraction ou le broiement des calculs. L'expulsion spontanée de pierres par l'urèthre dilaté de dedans en dehors s'observe même parfois. J'ai vu, il y a une douzaine d'années, une dame qui expulsa ainsi deux calculs de la dimension d'un petit œuf de poule.

Donc, je chloroformai ma malade et commençai par dilater l'urèthre à l'aide du dilatateur qu'employait Dolbeau pour sa lithotritie périnéale. Je mis environ quinze minutes à ouvrir complètement le dilatateur. Je pus alors introduire sans difficulté dans la vessie, mon petit doigt d'abord, puis mon index gauche, dont la circonférence à sa racine est au juste de 69 millimètres. C'était, en somme, une dilatation en diamètre de 22 millimètres, ce qui n'est pas exagéré. Je fis alors, une valve de Sims étant introduite dans le vagin, implanter par mon aide, M. le docteur Coppens, chef de clinique, deux tridents-érignes emmanchés dans les parties latérales du col utérin, lequel fut sans difficulté amené et maintenu à la vulve. Mon index intra-vésical sentit aussitôt nettement l'orifice fistuleux, sorte de boutonnière de 15 millimètres de long. Je pus même introduire par le col dans la vessie une tige courbe et mousse que je fis ressortir par l'urèthre, et placer de la sorte un fil dont les deux chefs sortaient, l'un par l'urèthre, l'autre

par le col. Ce fil, que je destinais à me servir de repère au cours de l'opération, afin de pouvoir à tout instant retrouver vite et sans tâtonnement la fistule, ce fil me fut, d'ailleurs, assez médiocrement utile.

Je fis une incision semi-circulaire du cul-de-sac vaginal au-devant du col, et je me mis à décoller la vessie de l'utérus, avec une très grande facilité et en ne cessant pas une minute d'apprécier très exactement les progrès et les détails de ce décollement, toujours grâce à mon doigt intra-vésical. Bientôt, ce doigt, pratiquant l'éversion de la paroi postérieure de la vessie, dont il se coiffait, pour ainsi dire, fit apparaître à la partie antérieure de l'orifice vulvaire cette paroi trouée de la boutonnière fistuleuse à travers les lèvres de laquelle s'apercevait la pulpe de mon index.

Le décollement rendant l'avivement superflu, je procédai à ciel ouvert, très posément, très commodément, à la fermeture hermétique de la fistule, par quatre points de suture au catgut, sutures identiques à la suture de Lembert, ne pénétrant pas, bien entendu, dans la cavité vésicale.

Tout cela fut fait, naturellement, au milieu des précautions de la plus rigoureuse antisepsie. J'enlevai les érignes, laissai l'utérus remonter à sa place, bourrai le vagin de gaz iodoformée et retirai le doigt de l'urèthre. Puis dans la vessie, préalablement irriguée à l'acide borique, je mis deux tubes en caoutchouc dont l'extrémité extérieure fut placée dans un urinal en contre-bas, de façon à obtenir un siphonnage exact, absolument comme à la suite de la taille hypogastrique.

Tout se passa admirablement. Le douzième jour aucun écoulement d'urine ne se produisant par le vagin, j'introduisis un spéculum avec beaucoup de précaution, et, ayant sous les yeux la plaie du cul-de-sac, granuleuse et rose, je fis injecter 250 grammes d'eau colorée dans la vessie. Pas une goutte n'apparut au fond du spéculum. Même expérience et même résultat le vingtième et le trentième jour. Cette dernière fois, je trouvai la plaie vaginale cicatrisée et, par conséquent, la fistule définitivement close.

La dilatation de l'urèthre chez la femme est toujours suivie d'une incontinence d'urine, laquelle d'ordinaire disparaît toute seule au bout de dix à vingt jours. Je dois dire que, dans mon observation, la durée en fut beaucoup plus longue. Aujourd'hui même, sept semaines après l'opération, le retour à l'état normal n'est pas complet. La malade ne peut encore tenir beaucoup de liquide dans sa vessie; elle est obligée à des mictions fréquentes. Debout, et même couchée, lorsque surviennent des efforts (toux, rire, etc), elle est exposée à de petites évacuations involontaires. Tout cela s'améliore d'ailleurs graduellement sous l'influence de la faradisation, et je suis convaincu que bientôt tout rentrera dans l'ordre. Pourquoi, chez ma malade, cette persistance anormale d'une inertie sphinctérienne relative? Peut-être ai-je eu tort, au lieu de dilater d'abord avec une très grosse sonde, puis avec le petit doigt, de me servir du dilatateur de Dolbeau, instrument qui contusionne les parois et doit rompre pas mal de fibres du sphincter.

Sans m'étendre longuement, je veux faire ici ressortir l'extrême facilité que donne l'introduction du doigt dans l'urèthre pour décoller la vessie de l'utérus, avec la pleine certitude d'épargner la paroi vésicale que l'on a constamment sous le doigt, et dont, par conséquent, on peut à tout instant contrôler la situation par rapport au bistouri. Je crois que le premier temps de l'hystérectomie vaginale bénéficierait beaucoup de cette manœuvre que je compte employer quand l'occasion me viendra de pratiquer une hystérectomie. Je pense aussi que la dilatation uréthrale combinée avec l'attraction du col à la vulve et l'éversion de la cloison rendrait de signalés services dans les cas de fistules vésico-vaginales situées très haut. L'avivement, la pose et la striction des fils, très malaisés quand on doit opérer au fond du vagin, s'effectueraient commodément au dehors de la vulve et, ainsi que je l'ai dit, à ciel ouvert. La chose, je le sais, a déjà été tentée et l'on en a dit quelques mots ici même il y a deux ou trois ans. Mais, à mon humble avis, l'attention ne s'est pas suffisamment portée sur ce point; et, le cas échéant, je referai l'expérience.

En résumé, dans l'opération de la fistule vésico-utérine, dans celle de la fistule vésico-vaginale très élevée, dans le premier temps (l'un des plus difficiles) de l'hystérectomie vaginale, l'introduction du doigt dans l'urèthre et, s'il est nécessaire, l'éversion de la paroi vésicale ou de la cloison vésico-vaginale me semblent être des manœuvres inoffensives destinées à rendre aisés des actes opératoires qui autrement sont presque toujours très laborieux.

Discussion.

M. Cruveilhier. Sur une malade atteinte de fistule vésico-utérine, j'ai eu l'occasion d'employer le même procédé que M. Folet, pour aviver les bords et faire les sutures.

M. Verneuil. Dans ses opérations de fistules vésico-utérines, Jobert pratiquait le décollement très large de la vessie et du col, et il opérait en abaissant les parties jusqu'à la vulve. Mais on a reproché à cette manière de faire de provoquer le tympanisme et des accidents péritonéaux. Aussi jamais je n'attire l'utérus en bas. La cautérisation des bords et la réunion secondaire me donnent de très bons résultats.

Pour découvrir l'orifice utérin de la fistule, on a la ressource de fendre le col latéralement et de renverser la lèvre utérine. On peut encore faire la résection cunéiforme de cette lèvre antérieure (*hystérectomie cunéiforme du col*). Par ce moyen, on peut faire *in situ* l'avivement de la fistule. Je félicite M. Folet du succès qu'il a

obtenu ; mais je ne suis pas persuadé que les tractions exercées sur le col et son abaissement à la vulve soient inoffensifs.

M. Folet. Je tiens à faire remarquer que l'opération a duré seulement un quart d'heure et qu'elle a été très facile, grâce à l'emploi du moyen que j'ai imaginé.

Communication.

M. Demons (de Bordeaux) communique un cas de résection d'une portion de poumon et d'un rein.

Résection d'une portion d'un poumon et extirpation d'un rein pratiquées avec succès sur le même sujet,

Par le Dr A. Demons, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Dans la nuit du 30 au 31 août 1885, on apporta à l'hôpital Saint-André un homme robuste nommé Pierre Clochard, manœuvre, âgé de 49 ans, qui, dans une rixe, avait reçu deux coups de couteau. L'une des plaies, longue de dix centimètres et profonde de quelques millimètres seulement, était située au niveau de l'appendice xyphoïde. Elle n'avait aucune importance, elle guérit rapidement; il n'en sera plus parlé. L'autre plaie siégeait au côté gauche du thorax, entre la 9e et la 10e côtes; sa direction était parallèle à celle de l'espace intercostal; elle avait quatre centimètres de longueur, son extrémité postérieure se trouvant à 14 centimètres des apophyses épineuses, et son extrémité antérieure à 27 centimètres de l'appendice xyphoïde. Sur cette plaie on voyait une tumeur grosse comme la moitié du poing, rose, lisse, molle, ayant tout à fait l'aspect du poumon. Il n'y avait point d'hémorrhagie, ni d'hémoptysie, ni d'emphysème sous-cutané. A la percussion, la sonorité du côté gauche du thorax était un peu augmentée; à l'auscultation, le murmure respiratoire était un peu affaibli et l'on entendait de temps en temps un léger tintement métallique. Le blessé était oppressé, inquiet et fatigué par une toux sèche assez fréquente. L'interne de garde ne fit aucune tentative de réduction de la hernie du poumon et se contenta d'appliquer un pansement antiseptique.

Le lendemain matin, la tumeur avait pris une coloration rouge plus accentuée et une consistance plus grande; une douce pression ne produisait pas de crépitation ni de diminution de volume. L'urine rendue par le malade pendant la nuit était fortement colorée en noir par du sang, ce qui fit penser que le couteau, après avoir traversé le thorax, avait pénétré dans l'abdomen et blessé le rein gauche. Potion avec 0gr,10 d'extrait thébaïque.

1er *septembre.* Nausées dans la nuit, douleur vive dans le flanc gauche. Température : matin, 38°,8 ; soir 39°,5; pouls à 120.

2 *septembre.* Dix à douze vomissements bilieux jaunâtres pendant la nuit, et une vingtaine dans la journée. La douleur se propage dans le ventre, qui se ballonne. Les urines sont rouges, sanglantes. Glace *intus* et *extra.* Potion opiacée.

3 *septembre.* Un peu de matité à la base de la poitrine, à gauche. Ventre très ballonné et très douloureux. Le malade avait été soigné jusqu'à ce jour par mon ami le Dr Boursier. Je prends la direction du traitement.

4 *septembre.* La douleur et le gonflement se localisent un peu dans le flanc gauche. Une selle abondante provoquée par un lavement purgatif produit un soulagement notable. L'oppression diminue. La température est à 38°,9, le pouls à 108.

5, 6, 7 *septembre.* La douleur et l'empâtement se localisent de plus en plus dans le flanc gauche. L'oppression diminue, mais la portion du poumon herniée prend une teinte grisâtre. Autour d'elle les téguments de la paroi thoracique sont rouges, tuméfiés.

Résection de la portion herniée du poumon. — 8 *septembre.* Je pratique la résection de la tumeur pulmonaire avec l'écraseur linéaire. Bien que cette section faite lentement ait demandé une demi-heure environ, il s'écoule un peu de sang noir par la surface. Le thermocautère arrête facilement cet écoulement. Le malade n'a pas été chloroformé et n'a pas souffert pendant l'opération. Pansement de Lister. Je dois noter, une fois pour toutes, qu'il n'y a jamais eu d'hémoptysie dans tout le cours de la maladie.

9 *septembre.* On remarque un œdème notable des bourses, principalement à gauche.

10 *septembre.* L'inflammation qui existait au moment de l'opération autour de la plaie du thorax s'est accentuée; il y a un peu d'œdème. Je fais une incision verticale de 4 centimètres qui donne issue à du pus noirâtre et fétide : drain.

11 *septembre.* Je retire le drain qui était oblitéré; il se fait immédiatement un écoulement considérable d'un liquide séro-purulent.

Les jours suivants les pièces de pansement sont salies par une quantité de plus en plus grande de pus mal lié. Ce pus s'écoule assez mal quand le malade tousse (la toux augmente depuis quelques jours et elle est suivie de quelques crachats muqueux), ou quand il fait certains mouvements ; on voit comme un jet de pus très fluide s'échapper par la plaie du thorax.

13, 14 et 15 *septembre.* La fièvre augmente, la température est à 39°,6, le pouls à 116. Je m'aperçois que le pus a une odeur urineuse. Cependant le malade n'urine pas involontairement dans son lit. Pour éviter toute cause d'erreur, je prends les précautions nécessaires dans la confection du pansement. J'acquiers la conviction que le pus qui vient de la plaie du thorax a indubitablement et franchement une odeur urineuse. D'autre part, au moyen d'une éponge disposée à cet effet, je recueille une certaine quantité de ce liquide que je prie M. Dan-

necy, pharmacien en chef de l'hôpital, de vouloir bien analyser. C'est de l'urine mélangée de pus, avec 30 grammes d'urée par litre, tandis que l'urine rendue par la verge (450 grammes seulement dans les 24 heures) n'en contient que 18 grammes par litre.

Du 15 au 25 septembre, la situation locale est la même; de petits abcès se forment autour de la plaie du thorax. L'hypocondre gauche reste tuméfié et douloureux. La fièvre est irrégulière, oscillant entre 37°,8 et 39°,6. Cependant, il ne paraît pas y avoir jamais eu de frisson. A l'auscultation de la poitrine, on entend à gauche et à droite quelques râles de bronchite; à la base et à gauche, un peu de diminution du mouvement respiratoire et pas de souffle. Légère matité très peu étendue sur le même point. Le malade s'amaigrit et perd ses forces. La néphrectomie est proposée, acceptée et pratiquée le 26 septembre.

Néphrectomie. — Chloroformisation. Méthode antiseptique. Une incision de 15 centimètres de longueur, verticale, est pratiquée à 7 centimètres des apophyses épineuses, de la onzième côte à la crête iliaque gauche. Tout marche régulièrement; rien à noter. Au moment où l'aponévrose antérieure du carré des lombes est incisée, il s'écoule brusquement une très grande quantité (7 à 800 grammes au moins) d'un pus verdâtre, épais, fétide. Quand cet écoulement, aidé par des pressions exercées sur la paroi abdominale d'avant en arrière, a cessé, la cavité de l'abcès est soigneusement abstergée. On aperçoit alors le rein dépouillé en grande partie de son enveloppe graisseuse et débordant en bas la douzième côte seulement par sa moitié inférieure. Désirant savoir par expérience personnelle jusqu'à quel point la présence des dernières côtes apportait un obstacle à l'extirpation du rein par la voie lombaire, je m'étais engagé, pour ainsi dire, à ne pas toucher à ces os. J'eus pas mal de peine à dégager l'extrémité supérieure du rein; j'y employai de quinze à vingt minutes. La substance corticale fut un peu déchirée par places. Enfin le rein apparut au dehors. Mais, au moment où je l'attirais pour bien mettre le pédicule en évidence, une abondante hémorrhagie se produisit : je vis sortir de la plaie une grande quantité de sang rouge non agité par des battements. Il était évident qu'un des vaisseaux du pédicule venait de se rompre sous la traction. Aussitôt je pris une grande pince à forcipressure (pince à hystérectomie) et je saisis le pédicule ; une seconde pince fut placée au-dessous. Le pédicule tout entier se trouva de la sorte enserré dans les longs mors des pinces. L'hémorrhagie s'arrêta immédiatement. Le pédicule fut sectionné entre les pinces et le rein, au ras de cet organe, puis divisé en deux pédicules secondaires liés séparément avec du gros catgut au moyen d'une aiguille de Cooper.

Pour plus de sécurité, un fil de soie liant tout en masse le pédicule fut serré au-dessus. Quelques petites ligatures furent posées sur des vaisseaux sans importance. La plaie fut parfaitement nettoyée jusque dans ses moindres recoins, puis suturée avec quatre fils d'argent (suture profonde) et huit fils de soie (suture superficielle). Un drain gros comme le petit doigt fut introduit en haut jusqu'au fond de la plaie; un autre semblable fut placé en bas de la même manière.

La plaie du thorax fut réunie, après avivement des bords, par trois fils d'argent.

Cette opération fut suivie d'un soulagement marqué et d'un amendement de la plupart des symptômes. La veille de l'opération, la température était à 39°,4, et le matin du jour de l'opération à 38°,8. Le soir même, la température tombe à 38°,2; le lendemain matin, elle était à 37°,8 et oscilla ensuite entre 37°,5 et 38°. Les variations du pouls étaient beaucoup plus étendues, de 78 à 110, en passant par tous les intermédiaires. Je cherchais naturellement à surprendre la moindre manifestation d'un état urémique tenant à la suppression brusque d'un rein; je n'observai aucun phénomène de ce genre. Le blessé eut bien quelques vomissements glaireux pendant la nuit, mais peut-être étaient-ils dus au chloroforme. Je ne notai pas de céphalalgie ni de troubles dans la respiration, ni de frisson. La quantité d'urine rendue dans les deux heures et la quantité d'urée correspondante ont été mesurées avec soin par mon excellent interne M. Petit. On les trouvera mentionnées dans le tableau ci-contre. Les urines ne furent ni sanglantes, ni purulentes. Mais elles devinrent noires par l'absorption de l'acide phénique, dès le premier jour. Aussi, à partir du 1er septembre, le pansement au sublimé fut substitué au pansement de Lister.

JOURS.	QUANTITÉ d'urine rendue dans les 24 heures.	QUANTITÉ totale d'urée dans les 24 heures.	JOURS.	QUANTITÉ d'urine rendue dans les 24 heures.	QUANTITÉ totale d'urée dans les 24 heures.
	Grammes.	Grammes.		Grammes.	Grammes.
26 sept. (opérat.)..	»	»	6 octobre.........	1,600	23
27 septembre......	800	8	7 —	1,900	24
27 —	900	10	8 —	1,700	23
28 —	720	9	9 —	2,100	25
29 —	700	»	10 —	2,000	40
30 —	900	11	11 —	2,100	38
1er octobre	800	12	12 —	2,200	42
2 —	900	14	13 —	1,950	38
3 —	980	16	14 —	1,800	37
4 —	700	15	15 —	1,780	»
5 —	1,200	18			

A partir de ce moment, la quantité d'urine excrétée varie de 1,500 à 1,800 grammes dans les vingt-quatre heures, avec une proportion d'urée qui varie fort peu.

La réunion de la plaie par première intention fut obtenue, mais par les drains il s'écoulait toujours une assez grande quantité de pus. Je raccourcis les drains, je les remplaçai par des drains plus petits. Bref, je ne pus les retirer définitivement que le 26 novembre, lorsque la suppuration fut à peu près complètement tarie.

Le 16 novembre, un volumineux paquet de tissu cellulaire sphacélé était sorti spontanément par la partie inférieure de la plaie; il était la cause de la persistance de la suppuration. Le malade, quoique ayant

tous les jours, de ce fait, un peu de fièvre, était dans un état satisfaisant depuis longtemps : il mangeait bien, dormait, et avait recouvré une partie de ses forces et de son embonpoint. Il sortit de l'hôpital le 21 décembre. Son urine fut examinée à ce moment. Elle était claire, d'une couleur ambrée, d'une densité de 1022. La quantité rendue dans les vingt-quatre heures était de 1,920 grammes, avec 10 grammes d'urée par litre, sans albumine.

Clochard, qui a repris son travail, a été revu plusieurs fois depuis sa sortie de l'hôpital, la dernière fois le 20 mai. Sa santé est parfaite. Il raconte qu'au mois de janvier en soulevant une pierre il a senti une petite douleur au niveau de la plaie du thorax. Depuis ce jour, quand il tousse, il voit apparaître à ce niveau une petite grosseur. En effet, dans les efforts de toux, on perçoit sous la cicatrice solide des téguments une tumeur grosse comme la moitié d'une mandarine. Cette tumeur disparaît aussitôt que la toux cesse. Les doigts reconnaissent alors entre les deux côtes un hiatus produit par l'écartement des muscles intercostaux, dont les bords divisés par le couteau se sont cicatrisés isolément à une certaine distance l'une de l'autre. A l'auscultation, on n'entend aucun bruit pathologique : le murmure vésiculaire se perçoit bien. La sonorité est normale à la percussion. Il n'y a aucune douleur.

La portion de poumon enlevée est aplatie, de forme triangulaire ; elle a 8 centimètres de largeur et 8 centimètres et demi de longueur. La largeur du pédicule sectionné est de 4 centimètres.

Le rein enlevé est congestionné : il a 12 centimètres de longueur. A la surface, dans sa moitié supérieure, l'on voit plusieurs déchirures nettes, de longueur variable, peu profondes (ne dépassant pas la couche corticale), produites par les doigts pendant l'opération. Peut-être une de ces plaies a-t-elle été faite par le couteau le jour de l'accident. Il est plus probable que le rein ayant été détaché dans l'opération au ras de son bord interne, la plaie qui donnait passage à l'urine siégeait sur les bassinets ou sur la partie supérieure de l'uretère, qu'elle s'est trouvée ainsi comprise dans le pédicule lié, et qu'il n'a pas été possible de la voir.

Messieurs, cette observation pourrait commander de longs commentaires, mais je ne veux pas abuser de votre amicale attention. Je me contenterai de noter en passant :

1° La rareté des néphrectomies pratiquées pour des lésions traumatiques du rein. N'est-ce pas dans des cas de cette espèce qu'on peut espérer obtenir les meilleurs résultats, un des reins étant sûrement indemne et la constitution du sujet ne présentant aucune tare ;

2° La coïncidence très rare aussi d'une plaie du thorax avec hernie du poumon et d'une plaie du rein, si tant est qu'il en existe un exemple;

3° L'intérêt qui s'attache à la question de savoir quelle est la

conduite à tenir en présence d'une hernie du poumon. Faut-il réduire? Convient-il de réséquer? N'ayant vu le malade que le quatrième jour, je trouvai le problème simplifié. Les suites de l'opération ont été très bénignes ; le poumon a repris plus tard toute sa motilité. Mais n'aurait-il pas mieux valu attendre ? La destruction lente de la portion du poumon herniée et le bourgeonnement consécutif du pédicule n'eussent-ils pas mieux mis à l'abri d'une pneumocèle ultérieure ?

4° La sûreté de l'indication fournie à la néphrectomie par le vaste abcès périnéphrétique et l'issue de l'urine par la plaie du thorax. Il est absolument certain que sans cette opération le malade aurait succombé ;

5° La difficulté tant de fois déjà démontrée d'extraire le rein par une incision lombaire verticale sans toucher à la douzième côte ;

6° Le secours que m'ont apporté les longues pinces à forcipressure à branches parallèles pour arrêter l'hémorrhagie produite par la rupture d'un des gros vaisseaux du pédicule, rupture qui se produit si aisément quand l'extraction du rein est pénible. Si je n'avais pas réussi de cette manière, j'aurais peut-être introduit la main dans la plaie et comprimé directement l'aorte ;

7° L'inutilité de l'isolement de l'uretère. Il me semble qu'il y a tout avantage et qu'il n'y a pas d'inconvénient démontré à lier cet uretère avec les autres parties constituantes du pédicule ;

8° La longueur de la suppuration entretenue par la présence de paquets de tissu cellulaire sphacélé au fond de la plaie paraît indiquer que, dans des cas analogues à celui-ci, quand l'urine épanchée autour du rein a plus ou moins compromis la vitalité du tissu cellulaire périnéphrétique, il y aurait avantage à ne pas rechercher la réunion par première intention.

Communication.

Genèse des kystes sébacés. — Microcoque sébacé,

Par M. PONCET (du Val-de-Grâce).

En pratiquant des recherches sur le chalazion, je suis arrivé à établir l'étiologie générale des kystes sébacés. Ces tumeurs formées par une matière graisseuse contenant des masses d'épithélium desquamé renferment d'énormes quantités de microbes. Ceux-ci, enrobés d'une enveloppe graisseuse, adhèrent à la surface épithéliale, et s'y trouvent en colonie sur chaque élément.

Voici la technique qui permet de les reconnaître. A l'ouverture

d'un kyste faite antiseptiquement, la matière sébacée est plongée dans une grande quantité d'éther. On agite, et la graisse surnage en un anneau incolore, réfringent, tandis que l'épithélium tombe. Celui-ci, recueilli en aspirant dans une pipette, est déposé sur des lamelles qu'on traite alors par la méthode de Gramm et la teinture de gentiane, en ayant soin surtout de laver à fond la préparation à l'alcool absolu.

On retrouve alors le microcoque piquetant en bleu la surface des épithéliums; quelques groupes détachés, près des éléments, permettent encore bien mieux de reconnaître ces microbes volumineux.

J'ai retrouvé le parasite dans tous les kystes sébacés, quelle que soit leur origine et leur situation.

Quand la paroi s'irrite et devient embryonnaire, le microcoque envahit les leucocytes et se retrouve dans les noyaux.

La grande quantité de parasites rencontrée sur chaque épithélium ne permet pas de considérer leur présence comme un accident, mais bien comme la cause principale de la desquamation et de l'accroissement du kyste. Le microcoque sébacé venant de la surface cutanée et pénétrant dans une glande s'y multiplie, y produit des phénomènes de chute épithéliale qui ne sont plus en rapport avec la fonction ordinaire de la glande ; d'où son accroissement de volume.

Nous pouvons peut-être expliquer maintenant cette méthode si curieuse et si simple de traitement des petites loupes qui consiste à en cautériser, au fer rouge ou autrement, le sommet. On sait que huit à dix jours après, la coque s'élimine seule après s'être ratatinée. N'est-il pas probable que, sous l'influence du caustique, il se soit produit une élévation de température localisée au kyste et incompatible avec la vie du microbe. Celui-ci mort, l'inflammation chronique qu'il produit disparaît et le kyste diminue de volume.

Présentations de malades.

M. Le Dentu présente une malade de l'hôpital Saint-Louis, atteinte d'accidents très graves de syphilis qui ont amené la destruction d'une partie de la face.

Le nez n'existe plus ; il a disparu, laissant à sa place une large ouverture qui permet de voir le pharynx, la voûte palatine ayant été détruite, ainsi que le voile du palais. La lèvre inférieure est également détruite dans sa moitié gauche.

M. le Dr Goldenstein a paré à cette difformité hideuse au moyen

d'un appareil prothétique très ingénieux. L'absence de points d'appui en rendait la construction particulièrement difficile.

Avec cet appareil, qui se compose d'une partie nasale et d'une partie palatine reliées l'une à l'autre, la malade peut manger et parler convenablement. L'olfaction même se trouve rétablie.

M. Prengrueber présente un malade qui s'est tiré un coup de revolver au niveau de la partie moyenne de la fosse temporale. La balle, d'un calibre de 7 millimètres, est allée se loger dans le cerveau.

Les trois jours qui suivirent l'accident n'ayant présenté d'autre symptôme qu'un état de prostration générale avec abaissement de la température, le chirurgien s'abstint de toute intervention.

Le 4e jour, le malade ayant présenté des accès épileptiformes répétés, le 5e jour, M. Prengrueber met à nu la plaie de la boîte cranienne, et enlève un certain nombre d'esquilles, plus ou moins enfoncées dans le cerveau. Un stylet est conduit à une profondeur de 5 centimètres suivant le trajet de la balle. Celle-ci n'ayant pas été sentie on laisse les choses en l'état.

Les accès épileptiformes ne se sont pas reproduits, et un mois après le malade sortait guéri sans présenter aucun accident cérébral.

Scrutin sur la demande d'honorariat de M. Trélat.

Nombre de votants : 20. — Majorité : 11.

Oui	19
Bulletin blanc	1

M. Trélat est nommé membre honoraire.

La séance est levée à 5 heures 35 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 2 juin 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Jean-Dominique Larrey,* d'après ses mémoires, par le Dr H. Werner (offert par l'auteur);

3° M. Cruveilhier, délégué au Congrès de Limoges, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Rapport.

Luxation simple métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, par Valentin Vignard, de Sulina (Roumanie).

Rapport par M. Farabeuf.

Avec l'auteur, je suis d'avis qu'on ne saurait trop vulgariser la description du procédé rationnel, je dirais volontiers du seul procédé rationnel qu'il faille employer pour réduire les luxations dorsales du pouce et du gros orteil. C'est pourquoi je vous propose d'imprimer dans nos *Bulletins* la plus grande partie de cette observation, qui, dans son ensemble, est courte, précise et instructive. Vous allez en juger par la lecture.

Luxation simple métatarso-phalangienne du gros orteil gauche.

Le cuisinier d'un vapeur anglais étant occupé à amarrer la tente de l'arrière, tombe à la renverse, d'une hauteur de 4 à 5 mètres, sur un radeau placé le long du bord.

Cet homme est apporté à l'hôpital immédiatement après l'accident : il ne saurait dire exactement dans quelle posture il est arrivé sur le radeau.

Il présente une forte contusion de la région malaire droite et une luxation simple métatarso-phalangienne du gros orteil gauche.

L'orteil est raccourci en abduction et en extension légèrement exagérées ; à sa base, à la partie supérieure et interne du métatarsien, la peau forme trois plis transversaux très marqués. On sent très bien en ce point la cupule de la phalange. La pression directe sur cette cupule est très douloureuse. La douleur est aussi très vive quand on tente de fléchir l'orteil. Si, au contraire, on exagère l'extension, la douleur est très supportable.

Je me trouvais pour la première fois en présence de cette espèce de luxation. Mon premier mouvement fut de procéder à des tractions directes. Je m'armai donc de la pince de Charrière. Heureusement pour le malade et pour le médecin, l'anneau de cuir ne laissa pas passer l'orteil. Ce contretemps me força à réfléchir et à rassembler mes souvenirs. Le résultat fut que je procédai comme suit :

Le malade couché, je me plaçai devant le pied malade, que je fixai en le prenant de la main gauche. Avec la main droite, je saisis fortement l'orteil entre mon pouce placé parallèlement à sa face inférieure et les autres doigts repliés sur la face dorsale du pied, de façon à ce que la phalangine de mon index correspondit au bord supérieur de la cupule et fut en contact avec la face supérieure du métatarsien. Ceci fait, je commençai par porter l'extension aussi loin que je pus, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'angle formé en haut par l'orteil et le métatarsien fût arrivé à 90° et même moins.

Alors, tout en maintenant l'extension et sans faire aucune traction, je pressai d'arrière en avant avec la phalangine de mon index sur la partie postérieure de la phalange de l'orteil, et presque immédiatement je sentis la résistance céder, la phalange de l'orteil glisser en avant, deux ou trois craquements doux se produire et les os reprendre leurs rapports normaux.

L'opération n'avait duré que quelques secondes et sans douleur bien vive pour le malade.

Rapport.

Luxation de la phalangine du médius avec plaie et issue de la première phalange, par M. le Dr Séjournet.

Rapport par M. Farabeuf.

Tel est le titre d'une observation adressée à la Société de Chirurgie par M. le Dr Séjournet, de Revin (Ardennes). Un vieillard de 74 ans, épuisé par l'âge, la maladie et les privations, monte sur une chaise, tombe et se renverse violemment le médius en arrière et en dedans. Les tendons fléchisseurs se déjettent donc en dedans, puis en arrière, et la trochlée de la première phalange perfore le tégument palmaire au niveau du pli de flexion.

Hémorrhagie abondante, douleur vive. Réduction facile et presque immédiate. Suture de la plaie palmaire, pansement phéniqué.

Quatre jours après, suppuration, désunion de la plaie palmaire, perforation spontanée de la peau dorsale. Plus tard, craquements articulaires et fistules avec tendance à la guérison.

Là s'arrête, pour ainsi dire, l'observation, car le malade mourut subitement, cinquante jours après l'accident, d'une recrudescence de bronchite chronique.

Conclusions. — Dépôt aux archives de ce travail, et remerciements à l'auteur.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Des kystes dermoïdes acquis,

Par M. Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, membre correspondant.

A côté des kystes dermoïdes congénitaux, aujourd'hui bien connus, il faut réserver une petite place aux kystes par inclusions traumatiques, sortes de greffes accidentelles, dont l'étude n'est pas dénuée d'intérêt. Un fait que j'ai eu l'occasion d'observer et d'analyser servira de base à cette courte communication.

Observation. — *Plaie par instrument piquant de la paume de la main. — Formation d'un kyste dermoïde acquis. — Extirpation. — Guérison.*

Au mois de novembre 1885, X..., cavalier de remonte, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce pour une affection vénérienne.

Pendant son séjour dans notre service, ce malade attira notre attention sur une petite tumeur qu'il portait au centre de la paume de la main droite, exactement sur le trajet de l'arcade palmaire superficielle, c'est-à-dire à un demi-centimètre au-dessus d'une ligne horizontale correspondant au sommet du premier espace interdigital. La tumeur, grosse comme une noisette, arrondie, saillante, soulève la peau; elle est ferme, élastique, rénitente, sans battements; peu mobile, elle paraît adhérente d'une part à la peau, d'autre part à l'aponévrose, mais elle est indépendante des tendons et de la gaine des fléchisseurs. A son niveau, la peau rosée présente une petite tache lisse, comme une petite cicatrice.

Le malade raconte qu'il y a un an environ il s'est enfoncé un clou dans la paume de la main en tombant sur une planche; cet accident n'a eu aucune suite sérieuse, et la petite plaie a guéri simplement. Au bout

de quelques mois, il a vu apparaître au niveau de la cicatrice une tumeur indolore qui a acquis insensiblement la grosseur d'une petite olive.

Au premier abord, le diagnostic de cette production présentait quelques difficultés; mais, en procédant par exclusion, nous fûmes amenés à l'idée d'un kyste développé dans une glande sudoripare ou d'un kyste dermoïde acquis. Le siège de la tumeur, ses relations avec le traumatisme, nous firent penser qu'il s'agissait plutôt d'un kyste dermoïde. Tel était aussi l'avis des aides-majors stagiaires du service; plusieurs avaient observé des faits analogues à Nancy, et l'un d'entre eux avait, quelques mois auparavant, publié une thèse sur les kystes dermoïdes des doigts (Lalitte, *Thèse de Nancy*, 1885).

Cédant aux instances de ce militaire, gêné par la position désagréable de la grosseur et par les douleurs, je me décidai à en faire l'extirpation.

L'opération fut exécutée par M. Lorin, médecin aide-major stagiaire. La tumeur fut circonscrite par deux petites incisions curvilignes et disséquée. En arrivant sur l'aponévrose, le bistouri entama la poche, et il en sortit un peu de matière sébacée, onctueuse, épaisse, blanc jaunâtre. Après l'ablation, on put constater que la matière sortait par pression d'un petit prolongement sous-aponévrotique. Il devait exister deux poches superposées, la profonde plus petite que l'autre. Après avoir gratté ce pertuis, lavé la plaie avec la solution phéniquée forte, on appliqua deux points de suture et un pansement iodoformé. Les suites de l'opération furent des plus simples, et la guérison se fit rapidement sans suppuration. Pas de récidive.

Examen de la tumeur. — En incisant le kyste, on le trouve rempli par une matière sébacée pâteuse qui occupe les parties centrales; des lamelles superposées comme les bulbes d'oignon tapissent la paroi du kyste. Un examen immédiat permet de reconnaître que la matière pâteuse était constituée exclusivement par des cellules d'épiderme typiques.

Un examen histologique ultérieur de la cavité nous a démontré qu'il s'agissait bien réellement d'un kyste dermoïde acquis. Les coupes que je vous présente comprennent à la fois la peau qui recouvre la tumeur et la poche kystique.

En allant de dehors en dedans, on distingue dans la membrane kystique trois couches :

1° Une couche conjonctive feutrée, contenant peu de vaisseaux et pas de glandes sudoripares, colorée en rose; elle est assez épaisse et uniforme;

2° Une couche plus mince, colorée en rouge brun, qui rappelle immédiatement la disposition du corps muqueux de Malpighi; on y reconnaît quatre ou cinq rangées de cellules épithélioïdes crénelées, dont les plus profondes sont remplies de granulations d'éléidine.

Cette couche a une épaisseur à peu près uniforme, beaucoup moindre que celle de la peau normale; elle existe partout, forme un cercle uni, sans les festons que l'on retrouve sur la peau normale. En deux points, ce corps muqueux présente des éperons saillants à l'intérieur de la poche;

3° Enfin, la zone la plus interne, de beaucoup la plus épaisse, est constituée par une couche de cellules épidermiques cornées, tassées, assez mal colorées en jaune par le picro-carmin. Les stratifications formées par ces lamelles rappellent celles de l'épiderme normal.

La peau qui recouvre la tumeur est complètement indépendante du kyste ; ses glandes sudoripares, situées sur les parties latérales du kyste, viennent s'ouvrir à la surface par l'intermédiaire de tubes excréteurs très longs.

Il n'y a pas de cicatrice proprement dite.

Les faits analogues à celui que je viens de relater ne sont pas très nombreux dans la littérature, et l'attention n'a guère été attirée sur eux que depuis une vingtaine d'années. Ils ont cependant fait l'objet de quelques monographies, parmi lesquelles je vous citerai les travaux de la Faculté de Nancy : Gross (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, 15 janvier 1884) ; Chavasse (*Rev. méd. de l'Est*, janvier 1883) ; Micault (*Thèse de Nancy*, 1883) ; Lalitte (*Thèse de Nancy*, 1885). Les autres publications sur ce sujet appartiennent à MM. Rizet, Demay (*Thèse de Paris*, 1880), Gibier, Polaillon, Kirmisson.

Je borne là ces citations et m'abstiendrai de reproduire les noms divers dont on a décoré cette affection. La plupart des auteurs que je viens de citer ont plus particulièrement en vue de petites tumeurs des doigts qu'ils désignent sous le nom de *tumeurs perlées*, et sur la nature desquelles ils ne semblent pas être d'accord. Tandis que M. Gross, d'après les faits qu'il a observés, considère l'origine traumatique comme probable, notre collègue Lalitte, dans sa thèse inspirée par M. Heydenreich, se rallie à l'inclusion embryonnaire d'un lambeau de peau, et emploie comme Rizet le terme de kystes dermoïdes. M. Chavasse pense que la petite tumeur perlée qu'il a enlevée résultait de la prolifération de l'épithélium d'une glande sudoripare.

Une étude attentive des faits publiés nous a conduit à séparer complètement, avec M. le professeur Gross, les tumeurs perlées probablement congénitales, indépendantes d'un traumatisme, des kystes dermoïdes acquis.

Il y a lieu de croire qu'une observation plus attentive permettra de reconnaître que la plupart de ces tumeurs kystiques ont une origine traumatique. Presque tous les auteurs mentionnent les rapports du traumatisme ou de la profession avec la production de ces tumeurs. M. Polaillon, dans l'article Doigt, du *Dictionnaire encyclopédique*, insiste sur « l'influence des pressions continuelles comme celles que subissent les doigts dans les professions manuelles ». Assez souvent il s'agissait d'ouvriers, d'ajusteurs, de

mécaniciens; le malade de Chavasse était tailleur avant son incorporation. Il n'est pas jusqu'aux sièges habituels de ces productions qui ne plaident en faveur de cette opinion. En effet, les lieux d'élection de ces kystes sont l'iris et les doigts. Monoyer a décrit (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1872) de petites tumeurs perlées de l'iris d'origine traumatique; depuis cette époque, les recherches de Rothmund, Stœber, Masse (*Acad. des sciences*, 1881), ont confirmé cette opinion. Il est bien prouvé aujourd'hui que ces tumeurs perlées traumatiques de l'iris ne sont autre chose que de petits kystes dermoïdes résultant d'une greffe épidermique.

Cette expression de greffe épidermique mérite-t-elle d'être conservée ? Elle ne saurait convenir pour les kystes des doigts et de la main, car la présence de la couche de Malpighi a été maintes fois constatée dans la paroi de ces cavités, comme chez notre opéré. Elle ne faisait pas défaut sur les pièces de MM. Gross, Heydenreich, examinées par Baraban; sur celles de MM. Polaillon, Kirmisson. C'est pour cette raison que nous préférons à toutes les autres l'expression de *kystes dermoïdes acquis*.

Encore un mot sur le mode de production de ces tumeurs. Lorsqu'il s'agit d'une plaie pénétrante par un morceau de bois, par un clou en fer ou en cuivre, on conçoit aisément qu'un fragment de peau puisse être entraîné avec l'instrument vulnérant. Un certain nombre de recherches faites sur des mains de cadavres avec un clou planté dans une planche m'ont démontré la possibilité de cette inclusion.

Quant à la vitalité possible du fragment, elle ne saurait plus être mise en doute depuis les expériences de MM. Masse (*Congrès de chirurgie français*, 1883) et celles de Kaufmann (*Archives de Virchow*, Bd XCVII, p. 236). « En greffant dans la peau de rats blancs des lambeaux de peau de jeunes rats qui venaient de naître, j'ai obtenu, dit M. Masse, de véritables tumeurs perlées sous-cutanées qui se formaient par inclusion. » De son côté, Kaufmann a réussi à reproduire ces kystes dermoïdes acquis par un procédé ingénieux. Il circonscrit par deux incisions sur la crête d'un coq un lambeau elliptique en le laissant adhérer par sa face profonde. Puis il rapproche les extrémités de ce lambeau et les suture de façon à emprisonner un petit sac dermique. Les lèvres de l'incision ovalaire sont ensuite suturées par-dessus ce petit sac. L'auteur donne à cette opération le nom barbare d'encatarraphie, et il a pu ainsi reproduire de toutes pièces des kystes dermoïdes acquis.

J'aurai terminé quand je vous aurai dit que ces sortes de productions n'ont aucune malignité, et sont aisément curables par l'extirpation totale de la membrane kystique.

Discussion sur l'uréthrotomie interne.

M. Tillaux. Vous avez entendu nos collègues MM. Le Fort et Desprès déclarer qu'ils n'ont jamais pratiqué l'uréthrotomie et qu'ils ne la pratiqueront *jamais*.

D'autre part, j'ai reçu une lettre de notre confrère le professeur Ripoll, de Toulouse, qui m'écrit : « Depuis longtemps, j'ai renoncé à perdre mon temps dans les essais par d'autres méthodes que l'uréthrotomie interne. » Il la pratique *toujours*. Je sais que d'autres confrères partagent les mêmes idées.

Sans aller aussi loin que M. Ripoll, je pense, avec la presque unanimité des chirurgiens, que le principe de l'uréthrotomie interne est indiscutable. Cette opération est devenue si commune, je dirai presque si banale et si inoffensive, qu'il me paraît superflu d'insister sur ce point.

Je me contenterai de formuler mon opinion dans quelques propositions concises et aussi générales que possible :

1° Le canal de l'urèthre doit, pour fonctionner régulièrement, présenter un calibre de 7 à 8 millimètres de diamètre. Il doit donc recevoir au moins et facilement les n°s 21 de la filière Charrière ou 42 de la filière Béniqué. Tant que ce calibre n'est pas atteint, le malade n'est pas guéri et se trouve sous le coup des accidents nombreux qui résultent d'un rétrécissement ;

2° Tant que l'urèthre n'a pas acquis son calibre normal, il doit être dilaté ;

3° La dilatation graduelle, progressive, avec les bougies est le traitement rationnel et habituel des rétrécissements de l'urèthre. Il est possible, dans certains cas, lorsqu'on est parvenu à 5 millimètres de diamètre, de restituer au canal son calibre normal dans une même séance, en passant la série des bougies Béniqué ;

4° Lorsque le canal ne se laisse pas dilater par suite d'une trop forte résistance du tissu cicatriciel, ou par intolérance, il faut l'inciser ;

5° La dilatation doit être continuée après l'uréthrotomie, pour empêcher la récidive.

M. Lucas-Championnière. Je suis surpris d'entendre dire que l'uréthrotomie est une mauvaise opération. Dans tous les cas où je l'ai pratiquée, elle m'a donné de bons résultats et je n'ai jamais eu d'accidents.

Il m'est arrivé, même, une fois, de la faire sur un malade atteint de phlegmon du périnée, et avec grand avantage.

Je ne veux pas dire, cependant, qu'il faille faire l'uréthrotomie

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 43.6.86. *Le Gérant :* G. MASSON.

interne à tout malade chez lequel la dilatation progressive devient difficile vers le n° 8 ou 10.

Ma pratique est celle de la plupart de mes collègues. Je fais la dilatation progressive pour les rétrécissements ; mais dès qu'elle devient impossible, je pratique l'uréthrotomie interne.

Dans un seul cas, après l'opération, lorsque je voulus passer une sonde, il se produisit un accès de fièvre intense. Je me suis contenté de ne pas renouveler de quelque temps la tentative et, au bout d'un mois, j'ai pu passer sans accident le n° 17 ou 18.

Le malade a quitté récemment le service.

M. Trélat. Comme plusieurs de mes collègues, j'ai voulu apporter mon témoignage dans un vieux débat que je croyais jugé. Il y a près de vingt ans déjà, j'ai combattu pour l'uréthrotomie interne. Aujourd'hui je puis apporter, pour la défendre, la consécration d'une expérience beaucoup plus étendue.

L'uréthrotomie interne n'est pas, je tiens à bien le spécifier, une méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre. C'est une méthode adjuvante dans le traitement des rétrécissements par la dilatation progressive.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un rétrécissement élastique ou valvulaire et surtout d'un rétrécissement cicatriciel, ou encore, par hasard, d'un rétrécissement irritable, la dilatation progressive devient impossible ou dangereuse. Dans ces conditions, il faut recourir à l'uréthrotomie interne ou à une des méthodes de divulsion. C'est à l'uréthrotomie que je donne la préférence et depuis trente ans, il semble bien que c'est l'incision et non la divulsion qui l'a généralement emporté.

C'est à peine si je viserai la longue communication de M. Le Fort. Il nous a fait connaître son procédé de *dilatation rapide*. Il pratique, après Richard, la dilatation progressive en une, deux, trois ou quatre séances, suivant les cas. Il nous a bien dit qu'il ne fallait pas aller au delà de la complaisance du canal, c'est-à-dire ne pas vouloir aller trop vite. Mais M. Le Fort a, selon moi, eu le tort de mettre son procédé en regard avec l'uréthrotomie interne. Car, aujourd'hui, personne, que je sache, ne fait d'emblée l'uréthrotomie interne pour tous les rétrécissements de l'urèthre. On peut comparer la dilatation lente progressive avec la dilatation rapide par le procédé de M. Le Fort, mais ce dernier procédé ne doit pas être opposé à l'uréthrotomie interne.

Depuis 1880, j'ai fait, chaque année, trois ou quatre uréthrotomies internes, sans avoir à regretter un seul accident grave. J'ai constaté seulement quelques accès de fièvre, et encore ces accidents ont diminué et tendent à disparaître depuis que la propreté

des instruments a été plus rigoureusement surveillée, ainsi que celle du canal et même de la vessie.

Ordinairement, je ne fais la dilatation du canal qu'onze jours après l'uréthrotomie.

En agissant ainsi, je n'ai jamais eu d'accidents graves et je n'ai aucune raison aujourd'hui, comme il y a vingt ans, de renoncer à l'uréthrotomie.

Il m'est, par contre, arrivé une seule fois, à l'hôpital Saint-Louis, de recourir à la divulsion, et j'ai eu des accidents qui m'y ont fait renoncer.

Je ne veux pas examiner ici la question de savoir si, dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, la dilatation doit être lente ou rapide, mais je dis qu'il faut avoir un canal *calibré*, c'est-à-dire admettant le n° 48 ou 50 de la filière Béniqué, et si la dilatation rencontre des obstacles, je crois et continue à croire que de toutes les méthodes adjuvantes, l'uréthrotomie interne, avec les précautions voulues de l'antisepsie, est la meilleure.

M. Verneuil. Je ne suis nullement hostile à l'uréthrotomie interne. C'est une opération que je pratique, mais il faut s'entendre sur les indications. Suivant moi, elles ne sont pas fréquentes, et c'est pour moi un véritable sujet d'étonnement lorsque je vois de jeunes chirurgiens qui l'ont pratiquée cent cinquante ou deux cents fois. A une certaine époque, on a, dans quelques services, sectionné indistinctement tous les rétrécissements de l'urèthre ; mais à la même époque, les présentations de pièces provenant de ces opérations abondaient à la *Société anatomique*. C'est donc une opération plus dangereuse qu'on ne dit. L'année dernière, j'ai eu dans mon service un malade qui, trois jours après une uréthrotomie, a succombé. Il avait, il est vrai, les reins profondément atteints et parsemés de kystes.

Il ne faut donc pas dire que jamais l'uréthrotomie interne bien faite ne donnera d'accidents, car la néphrite et la pyélite ne sont malheureusement pas rares chez les individus atteints de rétrécissements.

Mais de même que je ne renonce pas à pratiquer des amputations parce qu'un certain nombre d'entre elles sont suivies de mort, de même, je n'abandonne pas l'uréthrotomie interne parce qu'elle peut donner des revers.

Quelques chirurgiens, il est vrai, ont voulu faire de l'uréthrotomie interne une méthode générale de traitement des rétrécissements de l'urèthre. Mais c'est là un abus. Comme on l'a déjà dit, l'uréthrotomie interne n'est qu'un moyen adjuvant du traitement par la dilatation, et il y a des cas très graves dans lesquels l'uré-

throtomie *externe* est la plus innocente des opérations que le chirurgien puisse pratiquer.

M. Le Fort, pour éviter les ennuis et les longueurs de la dilatation progressive, emploie la dilatation rapide qu'il nous a décrite. J'avais pratiqué son procédé mais sans succès, faute d'en bien connaître les détails. J'ai prié alors M. Le Fort de vouloir bien opérer devant moi un de mes malades et j'ai été enchanté du résultat. Aujourd'hui je suis prêt à faire la dilatation rapide lorsque l'occasion s'en présentera. Avec elle, lorsqu'il y a des rétrécissements multiples et successifs du canal, on les dilate tous en même temps. En outre, ce procédé a l'avantage de combattre particulièrement le spasme de l'urèthre et d'agir sur la région musculeuse de ce canal d'une manière innocente.

Mais quel que soit le perfectionnement des méthodes et des procédés opératoires, il faut savoir qu'il y a des malades chez lesquels toute intervention est dangereuse.

M. Trélat. Notre collègue M. Verneuil a reçu de justes félicitations pour avoir montré aux chirurgiens toute l'importance qu'a la connaissance des maladies antérieures, lorsqu'il s'agit de pratiquer une opération chez un individu. Mais je ne saurais accepter de mettre sur le compte de l'uréthrotomie interne les revers tels que celui qu'il nous a cité. Quelle que soit l'opération pratiquée, si les reins sont malades, il y a danger.

Il ne faut pas confondre le danger d'une opération telle que l'uréthrotomie interne avec celui qui résulte de l'existence d'une altération grave des reins. Ce qu'il faut, c'est arriver à faire de mieux en mieux le diagnostic de ces états antérieurs, à dresser, comme je l'ai dit, le bilan complet du malade.

Dans la discussion sur l'uréthrotomie interne, nous supposons que nous opérons dans des conditions ordinaires et non sur des individus dont un organe essentiel est profondément atteint. Dans la clinique, nous avons à faire le diagnostic de ces maladies antérieures et à nous abstenir de toute intervention lorsque nous en constatons l'existence. De cette manière, nous ne chargerons pas une opération comme l'uréthrotomie interne de revers dont elle n'est pas responsable.

Communication.

Quatrième observation d'hystérectomie vaginale. — Guérison,

Par M. F. Terrier.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous communiquer ma quatrième

opération d'hystérectomie vaginale, qui m'a donné un succès opératoire assez rapide puisque l'opérée a pu se lever au vingtième jour. Voici ce fait :

Mme C..., née Marie-Amélie D..., âgée de 44 ans, m'est adressée de Honfleur par mon confrère et ami le Dr Massart, pour être traitée d'une affection épithéliale du col utérin. Elle entre à Bichat le 18 mars 1886. Cette femme, qui appartient à une famille de 11 enfants dont 3 seulement sont morts jeunes, a encore son père et sa mère vivants et en bonne santé.

Elle fut réglée à 11 ans 1/2, ses règles étaient d'ordinaire en avance et coulaient abondamment pendant cinq à six jours. Aucune maladie infantile autre qu'une rougeole.

Mariée à 23 ans, elle eut une fille à 24 ans ; sa grossesse et l'accouchement furent très normaux. Le retour des règles se fit six semaines après l'accouchement. A 29 ans, fausse couche de quelques semaines sans accidents consécutifs.

A 31 ans, Mme C... accouche de 2 jumeaux à terme et sans accidents; les règles reparurent régulières après 2 mois.

Enfin, à 32 ans, nouvel enfant, accouchement normal. A cette époque, la malade ressentit des douleurs lombaires et gastriques intenses, avec des vomissements bilieux et même contenant du sang. On crut à des coliques néphrétiques. Deux mois après cet accouchement, apparition de pertes blanches assez abondantes, qui peu à peu diminuent, mais s'accompagnent de douleurs lombaires et de bas-ventre, surtout à droite.

Cet état dure presque dix ans, avec des alternatives de bien et de mal. Les règles sont restées normales et parfaitement périodiques. L'état général était bon.

En septembre 1885, Mme C... remarqua que ses pertes blanches étaient plus abondantes, et que l'écoulement menstruel, bien que fort régulier, s'accompagnait de pertes de caillots assez volumineux.

La malade consulta deux de nos collègues des hôpitaux qui ne parurent pas hésiter sur la nature du mal. Quoi qu'il en soit, le dernier d'entre eux envoya la malade à Honfleur pour y prendre des bains de mer chauds, des injections d'eau de mer, et même lui ordonna de boire de l'eau de mer.

Lors de son entrée à l'hôpital Bichat, Mme C... avait des pertes blanches séreuses fort odorantes et très abondantes. En outre, elle perdait des caillots volumineux lors de ses époques, toujours régulières ; pas de douleurs lombaires ; état général satisfaisant.

L'examen, fait par le toucher et avec le spéculum, permit de constater l'existence d'un épithélioma du col utérin, remontant à gauche presque jusqu'aux insertions du vagin. En outre, le cathétérisme de l'utérus montra que cet organe était hypertrophié. Quoi qu'il en soit, vu l'état général, vu l'absence de toute induration dans les culs-de-sac latéraux et du côté des fosses iliaques, enfin tenant compte de la limitation

de la néo-formation du col, je proposai de faire l'hystérectomie vaginale.

Du 18 au 30 mars, on fit régulièrement trois injections par jour avec la solution de sublimé au millième. Un tampon d'ouate iodoformée était replacé dans le vagin après chaque injection.

Repos au lit; on surveille avec soin les fonctions intestinales.

Opération faite le 30 mars, avec l'aide de mon collègue et ami le Dr G. Richelot.

Anesthésie facile. Le vagin est irrigué avec de la solution au bichlorure.

Une pince de Museux est placée sur le col, qui est peu saillant et se déchire facilement, aussi ne peut-on trop tirer sur l'utérus, d'ailleurs difficile à abaisser, vu son volume.

L'incision du cul-de-sac antérieur donne pas mal de sang et nécessite l'application de quelques pinces hémostatiques. Avec le doigt et des ciseaux, je déchire puis incise entre l'utérus et la vessie, et c'est sans le voir qu'à l'aide des ciseaux mousses j'arrive dans le péritoine en avant.

En arrière, même incision du cul-de-sac postérieur rasant l'utérus; il y a un peu moins de sang qu'en avant, et j'arrive plus facilement dans le péritoine, bien que celui-ci ait dû être sectionné à l'aide de ciseaux mousses comme en avant, c'est-à-dire à tâtons.

Les deux culs-de-sacs péritonéaux ouverts, c'est avec grand' peine que je pus arriver, à l'aide du doigt, jusqu'au-dessus des ligaments larges. Je commençai par le ligament large gauche; une aiguille courbe me permet de passer à travers ce ligament une première anse passant au-dessus de lui et sortant à peu près à son tiers supérieur. Une seconde anse fut placée dans le tiers moyen, et une troisième au tiers inférieur.

Ces trois anses furent entre-croisées en chaîne et serrées de haut en bas, successivement.

L'utérus fut alors isolé de son ligament large gauche avec des ciseaux mousses, et en rasant de près le tissu utérin. Il ne s'écoula qu'un peu de sang, paraissant venir de la partie supérieure du ligament large. Momentanément on plaça une éponge sur les ligatures et on continua l'opération.

L'utérus fut alors attiré au dehors, mais avec une certaine peine, vu sa hauteur. Puis trois ligatures en chaîne furent placées sur le ligament large droit. Une fois bien serrées, le ligament fut sectionné, toujours avec des ciseaux, entre ces ligatures et l'utérus.

L'opération était finie. Toutefois des vaisseaux appartenant aux artères vaginales donnaient du sang, et on dut placer sur eux deux autres pinces hémostatiques. Enfin, la partie supérieure du ligament large gauche saignait aussi, et trois pinces hémostatiques à mors plats et à longues branches (modèle Terrier) furent placées sur les vaisseaux ouverts.

Pas de suture vaginale et pas de drainage; les pinces tenaient lieu de drains.

L'opération, faite très méthodiquement et sans incidents, dura près d'une heure et demie.

Pansement avec des tampons d'ouate iodoformée placés dans le vagin autour et contre les pinces à pression. Deux tampons d'ouate iodoformée sont placés sous la vulve et maintenus en position par de l'ouate phéniquée et un bandage en T. La malade est couchée sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, un coussin passant sous les genoux.

Soir. Quelques douleurs, vomissements fréquents et abondants dus au chloroforme *hospitalier*. On a fait deux injections sous-cutanées d'un quart de centigramme de morphine. T. 38°. Glace, champagne, eau de Vichy.

31 *mars*. Peu de sommeil, les vomissements persistent sans ballonnement ni douleurs de ventre bien accusées. Trois quarts de litre d'urine en vingt-quatre heures, deux piqûres de morphine. T. matin, 37°,6; soir, 38°. Glace, champagne, eau de Vichy.

1er *avril*. Les vomissements sont moindres. Pas de péritonite. 1 litre d'urine en vingt-quatre heures. Issue de gaz par l'anus après un lavement. Glace, champagne, 2 piqûres de morphine. T. matin, 37°,8; soir, 38°,2.

2 *avril*. Quelques vomissements aqueux. Pas de signe de péritonite. Deux piqûres de morphine. Urine, trois quarts de litre en vingt-quatre heures. Deuxième lavement. Glace et champagne, eau de Vichy.

T. matin, 37°,4 ; soir, 38°,2. On enlève quatre petites pinces à forcipressure, deux grandes pinces à forcipressure et les trois pinces à mors plats placés sur les vaisseaux du ligament large gauche. Aucun écoulement de liquide sanguin après cette ablation des pinces.

3 *avril*. La malade est très bien et ne souffre plus autant. 1 litre d'urine en vingt-quatre heures.

T. matin, 37°,2; soir, 37°,8.

4 *avril*. Urine, 1 litre trois quarts. Deuxième lavement purgatif. Encore quelques nausées. T. matin, 37°; soir, 37°,8.

5 *avril*. Urine 1 litre et demi. Encore quelques vomituritions. Troisième lavement. T. matin, 37°,4; soir, 38°. Alimentation avec du lait, de l'eau de Vichy, glace et champagne.

On enlève les tampons intravaginaux, qui ne présentent aucune odeur.

6 *avril*. T. matin, 37°,2; soir, 37°,6. En bon état général et local.

7 *avril*. Les vomissements cessent absolument. T. 37°,2 et 37°,6.

La malade ne s'alimente qu'avec le lait et n'urine pas seule.

Depuis cette date, la température n'a plus dépassé 37°,6.

9 *avril*. La malade s'alimente un peu. Elle urine seule pour la première fois.

14 *avril*. État général parfait. Alimentation facile.

21 *avril*. La malade se lève pour la première fois (le 22e jour) ; elle est un peu fatiguée et se plaint d'un peu de gêne dans la miction.

6 *mai*. Mme C... quitte le service.

L'examen par le toucher fait constater l'existence d'un cul-de-sac légèrement incliné, surtout à gauche, mais indolent.

Au spéculum, les parois vaginales, refoulées par l'instrument et réunies transversalement par la cicatrice, forment deux sortes de lèvres utérines séparées par une fente, offrant un petit bourgeon charnu qui simule un orifice du col légèrement ulcéré.

En fait, on pourrait se méprendre et croire à l'existence de l'utérus au fond du vagin.

La cicatrice de la plaie est complète, sauf en un point où l'on voit un petit bourgeon charnu du volume d'un pois.

20 *mai*. La malade se porte très bien et ne perd absolument rien par le vagin.

31 *mai*. Quelques pertes blanches et même teintées. L'examen au spéculum permet d'apercevoir au fond du vagin et à gauche trois fils de soie encore disposés en anses entre-croisées qui font hernie entourées d'un bourgeon charnu. Ces fils sont retirés avec une pince, ce qui donne lieu à un léger écoulement sanguin. Du reste la cicatrice vaginale paraît très souple, sauf dans le point où existe ce bourgeon.

Examen macroscopique de la pièce anatomique :

L'utérus enlevé est très notablement hypertrophié ; après un long séjour dans l'alcool, qui a diminué son volume, il pèse 15 grammes. Sa hauteur totale est encore de 10 centimètres, dont 2 centimètres et demi pour la hauteur du col. Sa largeur entre les deux trompes est de 6 centimètres, et au niveau de l'isthme du col avec le corps, de 2 centimètres et demi.

La cavité dilatée a 8 centimètres de longueur, dont 6 appartiennent à la cavité du corps. Au fond de cette cavité, existait une sorte de petit polype, du volume d'un gros pois, polype d'ailleurs presque sessile sur le fond de l'utérus.

Les parois varient d'épaisseur entre 1 centimètre et demi et 2 centimètres. Cette dernière dimension appartient surtout au fond de l'utérus. Le col est déchiqueté, déchiré par les pinces de Museux qu'on a dû y implanter.

Les ligaments larges ont été sectionnés des deux côtés au ras des bords utérins, en empiétant même un peu sur le bord de l'organe, à droite.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire du Collège de France par M. le Dr Poupinel permit de s'assurer qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé (lobes muqueux, lobes cornés). A gauche, la section paraît avoir porté sur des tissus envahis par le néoplasme ; on peut donc craindre de n'avoir pas dépassé les limites de l'altération épithéliale.

Les observations d'hystérectomies vaginales ne sont pas très rares, actuellement au moins, et, malgré tout ce qu'on en a dit, leur nombre tend à augmenter tous les jours ; toutefois il est bon, je crois, de les publier et de profiter de ces publications pour signaler l'état des opérées antérieures.

Mme L. M..., opérée le 6 mai 1885 et dont l'observation a été publiée

dans nos *Bulletins* l'an dernier [1], a été revue par moi le 23 mai 1886. Cette femme se porte admirablement bien, elle est très notablement engraissée ; cet embonpoint la gêne même un peu. Au toucher, on trouve au fond du cul-de-sac vaginal une cicatrice linéaire sans l'ombre d'induration. L'examen au spéculum permet de s'assurer que cette cicatrice est parfaite et n'offre aucune trace d'ulcération.

En fait le résultat reste parfait au bout d'une année.

Ma troisième opérée, du 16 novembre 1885, dont l'observation a été publiée ici [2].

Mme R..., qui, le 16 octobre dernier, présentait du côté du cul-de-sac vaginal deux petites indurations suspectes, a été revue le 12 mars 1886 et le 28 mai 1886, c'est-à-dire plus de six mois après son opération. Or à cette dernière date son état général était excellent et elle était fort engraissée en mars ; elle a un peu maigri en mai. La cicatrice du fond du vagin n'est plus indurée comme à l'examen précédent. Il n'y a ni ulcération, ni le moindre écoulement vaginal. Rien dans les fosses iliaques. Ici encore, le résultat obtenu reste excellent.

En résumé, mes deux opérées sont encore dans un état fort satisfaisant, l'une après une année et l'autre après six mois : c'est vous dire que je suis encore bien déterminé à continuer dans cette voie, malgré les objections souvent fort théoriques qui ont été émises à propos de cette question difficile.

Discussion.

M. Trélat. Il y a huit jours, j'ai pratiqué une nouvelle hystérectomie par la voie vaginale. L'opération a présenté certains détails dramatiques sur lesquels je reviendrai, mais je considère aujourd'hui le succès comme probable.

La malade que j'ai opérée le 2 juillet 1885 a été revue par moi, il y a une quinzaine de jours. Elle est dans le meilleur état possible. Sa santé générale est très bonne et il n'y a aucune lésion du vagin.

Présentation d'appareil.

M. Plucquet, de Guerbigny, présente un *appareil* destiné au traitement des *fractures du membre inférieur*. (Commission : M. Humbert.)

[1] *Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, t. XI, p. 433, 1885.
[2] *Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, t. XII, p. 10, 1886.

Comité secret.

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du Rapport de M. Kirmisson sur les titres des candidats à la place de membre titulaire, déclarée vacante.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 9 juin 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Abcès du médiastin antérieur venant faire saillie sur la partie latérale droite du cou. Incision, drainage, guérison,* par M. le Dr Bousquet, de Clermont-Ferrand (commissaire : M. Nepveu);

3° *The unity or duality of syphilis historically considered,* par J.-L. Milton, chirurgien de Saint-John's hospital, à Edinburg;

4° M. Pozzi, en mission en Allemagne et en Autriche, demande une prolongation d'un mois (renvoi à la Commission des congés);

5° *Du traitement hydro-minéral de Vittel avant et après l'opération de la pierre,* par MM. les Drs Bouloumié et Patézon;

6° *Éléments de pathologie chirurgicale générale,* par M. Baudry, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille;

7° *La sonde à demeure, note et instruments nouveaux,* par M. Bruch, professeur à l'École de médecine d'Alger (M. Le Dentu, rapporteur);

8° *Étranglement interne par réduction en masse d'un sac herniaire*, etc., par M. Poisson, professeur à l'École de médecine de Nantes (M. Terrier, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

M. Le Fort. Nous sommes tous désireux d'arriver à la connaissance exacte de la vérité dans la discussion pendante sur l'uréthrotomie interne. Or, comme mon procédé de dilatation me paraît encore mal connu de la plupart de mes collègues, je leur demanderai, s'ils ont, dans leurs services, de *mauvais cas* de retrécissements de l'urèthre, de vouloir bien me les signaler.

Je serais heureux d'appliquer devant eux mon traitement à la cure de ces cas.

Communication.

M. Heydenreich (de Nancy) fait une communication sur *trois cas d'obstruction intestinale* (Commission ; MM. Tillaux, Trélat, Kirmisson, rapporteur).

Communication.

Des portes d'entrée de l'ostéomyélite,

Par M. Lannelongue.

Jusqu'à la découverte des microbes de l'ostéomyélite, on a expliqué le développement de cette affection par diverses causes, telles que : le froid, le traumatisme, le surmenage, etc., intervenant surtout chez des enfants et des adolescents.

Le travail physiologique qui se passe au niveau du bulbe de l'os et qui préside à l'accroissement en longueur est sans doute un facteur très important à invoquer dans le problème pathogénique de l'ostéomyélite; mais à lui seul, et même joint aux autres causes dont je viens de parler, il est tout à fait insuffisant pour expliquer la manière d'être de cette grave affection.

J'étais, pour ma part, tellement peu satisfait des notions étiologiques que nous possédions, que quelque temps après mon travail sur « l'ostéomyélite aiguë de croissance », je priai M. Pasteur, en février 1880, de vouloir bien recueillir dans mon service du pus d'ostéomyélite.

Klebs et Recklinghausen avaient déjà signalé des microcoques dans le pus ostéomyélitique; Rosenbach avait fait quelques expériences, mais ce n'était là qu'une ébauche. M. Pasteur a donné la première description morphologique du microbe de l'ostéomyélite, microbe d'ailleurs identique à celui qu'il avait trouvé dans le furoncle. Dans la suite, les recherches et expériences de Becker, de Rosenbach, de Krause, celles plus récentes de Rodet (de Lyon), pour ne parler que des plus importantes, ont augmenté et précisé les notions relatives à cette question.

Le microbe qui, dans les milieux de culture, prend une coloration jaune et se présente sous la forme de petits grains associés par deux, en amas ou en grappe, a reçu le nom de « staphylococcus pyogenes aureus », ou microbe en grappe de raisin. En raison de sa couleur, on l'appelle aussi microbe doré. Ce microbe n'est pas spécifique de l'ostéomyélite, car on le trouve encore dans le pus des phlegmons, abcès chauds, furoncles, anthrax, etc.

Toutefois, l'injection du pus de l'ostéomyélite ou des liquides de culture du microbe doré dans les veines de lapins et de cobayes a déterminé, suivant la quantité introduite, ou bien des lésions généralisées échappant à l'analyse rigoureuse, ou bien des lésions locales dans les os longs, le fémur, le tibia, l'humérus.

Ces lésions diverses : ostéite raréfiante, abcès, séquestres, semblent identiques, tant par leurs caractères anatomiques que par leur siège juxta-épiphysaire, à celles qui caractérisent l'ostéomyélite dans l'espèce humaine. Les expériences les plus concluantes sont celles de Rodet, qui s'est placé dans les meilleures conditions en prenant de très jeunes animaux comme sujets d'expériences.

Les notions sur la pathogénie de l'ostéomyélite se sont ainsi modifiées. C'est une maladie infectieuse qui, comme la tuberculose, l'érysipèle, et bien d'autres encore, se développe sous l'influence de l'introduction dans l'économie d'un micro-organisme défini. La croissance des os reste, sans doute, la condition importante de l'apparition de la maladie, mais l'agent infectieux en est la cause déterminante; c'est lui aussi qui donne à l'affection son caractère de maladie générale.

On est alors amené à se poser la question des voies de pénétration du micro-organisme.

La voie digestive semble devoir être éliminée tout d'abord, ainsi que l'indiquent les expériences de Rodet.

A priori, il n'est pas impossible que le microbe pénètre par les voies respiratoires, mais rien ne nous indique la réalité de ce fait, tandis que toutes les expériences nous portent à croire que ce sont des solutions de continuité des téguments qui doivent être d'habitude la voie suivie par les microbes.

Il fallait donc examiner si les faits cliniques concordaient avec cette vue théorique ou venaient, au contraire, l'infirmer.

Mon attention est, depuis plus de deux ans, attirée sur ce point, et M. Camps, dans sa thèse de l'année dernière, a signalé mes premières remarques; elles montrent que le panaris profond ou osseux, consécutif d'habitude à des piqûres ou à des écorchures superficielles des doigts, n'est autre chose le plus souvent qu'une ostéomyélite des phalanges.

De même pour l'ostéomyélite des autres os, j'ai pu, dans presque tous les cas, en interrogeant minutieusement les parents et en examinant à fond les petits malades, m'assurer qu'il existait un certain temps (quinze jours ou trois semaines en général) avant l'apparition de l'ostéomyélite, une solution quelconque de continuité soit des téguments, soit des muqueuses. C'est ainsi que dans la thèse que termine en ce moment un de mes élèves, M. Ayala, et que je déposerai sur le bureau de la Société, je crois que sur 14 observations, 6 fois on avait noté des écorchures ou des excoriations; 4 fois des suppurations superficielles (furoncles ou abcès); 2 fois des engelures; 1 fois une plaie; 1 fois des aphtes buccaux.

Je rappellerai, à ce propos, que le premier fait qui a frappé mon attention est relatif à un jeune poulain qui succomba très rapidement à une ostéomyélite du crâne; or, cet animal avait depuis quelque temps des aphtes buccaux; le fait a été relaté dans la thèse de M. Camps.

Outre les 14 observations auxquelles je viens de faire allusion, j'ai vu un certain nombre de faits du même genre, en particulier 2 cas d'ostéomyélite survenus chez un enfant portant de l'ecthyma au cuir chevelu, et plusieurs cas d'ostéomyélite des maxillaires chez des enfants ayant des lésions gingivales liées à l'évolution dentaire.

Je crois donc qu'on peut, dans un cas donné d'ostéomyélite, retrouver le plus souvent la porte d'entrée; lorsqu'elle échappe, c'est qu'elle a rapidement disparu ou qu'on la cherche d'une manière insuffisante.

Discussion.

M. Trélat. Si j'ai bien compris M. Lannelongue, le sens de sa communication est celui-ci : « Mon attention ayant été attirée par ce que j'ai observé dans le cas du poulain dont je rapporte l'observation, j'ai pensé que chez l'homme on devait trouver des portes d'entrée ouvertes pour le microbe de l'ostéomyélite. » Mais en réalité, M. Lannelongue n'a fait que signaler la possibilité de cette introduction ; il n'a pas suivi le microbe depuis cette porte d'entrée.

M. Lannelongue. J'ai trouvé, chez la plupart des enfants atteints d'ostéomyélite, des ulcérations, des excoriations, mais je ne puis dire, en effet, qu'il y ait toujours un rapport direct, quant au siège, entre ces portes d'entrée et le siège de l'ostéomyélite.

M. Terrier. Le fait sur lequel s'appuie M. Lannelongue est relatif à un poulain qui, après avoir présenté des ulcérations de la bouche, aurait été atteint d'ostéomyélite des os du crâne et aurait succombé à des accidents de pyohémie avec abcès métastatique du poumon et péricardite suppurée. Je me permettrai tout d'abord une objection théorique : je ne sache pas que les vétérinaires aient jamais observé sur le cheval des cas d'ostéomyélite aiguë semblables à ceux que l'on voit se développer chez l'homme et en particulier sur les jeunes sujets. Il y a, sous ce rapport, une différence considérable entre l'homme et les animaux.

M. Lannelongue connaît certainement les expériences de Rodet. Il sait combien il a été difficile à cet expérimentateur d'arriver à provoquer l'ostéomyélite. Même dans le cas où il l'a vu se développer, on peut objecter qu'il s'agissait d'une maladie provoquée et non pas spontanée. Le fait que nous cite M. Lannelongue, jusqu'à plus ample informé, reste donc contestable.

Je suis d'avis qu'il doit y avoir une porte d'entrée, mais ce qu'il faudrait, ce serait suivre le trajet parcouru par l'agent infectieux. Or, on ne connaît pas encore bien le microcoque ou les microcoques de l'ostéomyélite. Pour que la démonstration fût complète, il faudrait d'abord connaître ce microcoque, le recueillir sur les points que l'on suppose avoir servi de porte d'entrée, le cultiver et enfin le réinoculer avec succès.

M. Lannelongue. Chez le poulain que j'ai observé, il m'a paru que l'affection qui a déterminé la mort ne différait pas de l'ostéomyélite telle qu'on la voit chez les jeunes sujets ; il y a eu d'abord quelques phénomènes généraux, perte d'appétit, lassitude ; puis la tuméfaction a commencé au-dessus du sourcil droit et a envahi progressivement les régions voisines. Un abcès s'est formé et a été ouvert. Mais peut-être eût-il fallu trépaner. J'avoue que je n'ai pas osé le faire, le vétérinaire que j'ai consulté n'ayant pu me fournir les indications dont j'avais besoin dans un cas pour lequel l'expérieuce personnelle me faisait défaut. Quant aux résultats de l'autopsie, je puis dire qu'ils furent tout à fait semblables à ce qu'ils sont chez l'homme.

J'ajouterai que les expériences de Rodet ne démontrent pas absolument que le *staphylococcus aureus* soit l'agent de l'ostéomyélite. Mais il y a certainement un agent infectieux qui crée la maladie. J'ai voulu montrer que chez les enfants on trouve des

ulcérations ou excoriations qui peuvent servir de porte d'entrée. C'est là le point intéressant de ma communication.

Présentation de malade.

Claudication intermittente chez un homme de 37 ans, alcoolique. — Gangrène consécutive du pied et de la jambe par arrêt de la circulation artérielle. — Douleurs et crampes douloureuses. — Amputation de la jambe au lieu d'élection. — Guérison, par M. TERRILLON.

Le nommé D..., âgé de 37 ans, entre à la Salpêtrière le 9 octobre 1885, dans le service de M. le professeur Charcot.

Les antécédents de ce malade sont peu importants. Sa mère a une affection cardiaque, son père est vivant et bien portant.

A l'âge de 7 mois, il eut une fracture de cuisse qui guérit facilement.

Adonné aux boissons alcooliques, cet homme avait de la dyspepsie acide, surtout le matin.

Il remarque depuis longtemps qu'il a toujours froid aux pieds et aux jambes, ce qui l'incommode beaucoup.

Vers la fin de juillet 1885, il se plaint de douleurs assez vives dans le pied gauche. Bientôt la marche fut douloureuse; il éprouvait brusquement, dans la région du mollet, une douleur subite, vive, qui l'obligeait à boîter ou à s'arrêter aussitôt. Cette douleur cessait par le repos; il recommençait à marcher pour être arrêté de nouveau et de la même manière.

La marche devint bientôt impossible ou tellement douloureuse qu'il ne pouvait faire que quelques pas.

Les douleurs allèrent en augmentant et gagnèrent bientôt tout le membre inférieur gauche. Cependant le pied conservait toujours sa coloration normale. Quoiqu'il fût plus froid que l'autre, d'une façon très sensible, il donnait au malade la sensation d'une brûlure assez vive. La sensation d'engourdissement douloureux du pied augmenta et devint plus intense; alors il devint froid et comme inerte.

Ce fut le 25 septembre qu'apparut une ulcération noirâtre sur les deux orteils extérieurs.

Le pied gauche est le siège d'un œdème assez marqué qui remonte jusqu'au milieu de la jambe. Toute cette partie présente une coloration rouge, violacée, et les téguments sont secs et ridés.

Au côté externe du cinquième orteil existe une escharre assez étendue dont le pourtour est bleuâtre. Au-dessous d'elle existe une infiltration de gaz et de liquide séro-sanguinolent. Les battements de l'artère pédieuse sont à peine sensibles, tandis qu'ils sont manifestes du côté droit.

En même temps, la sensibilité générale a diminué dans tout le pied et le bas de la jambe; piqûre, froid.

Le 11 octobre, l'escharre s'est détachée et laisse, à sa place, une excavation noirâtre.

20 *octobre*. Le pied est encore plus cyanosé que les jours précédents. Les douleurs et l'engourdissement augmentent en même temps qu'apparaissent des crampes douloureuses dans la jambe qui empêchent tout sommeil.

On ne sent plus les battements de l'artère pédieuse, et ceux de l'artère poplitée sont beaucoup diminués.

Les phénomènes allèrent en augmentant rapidement, car les orteils présentèrent successivement des points de sphacèle.

Aussi, le 25 novembre, l'artère poplitée n'était plus perceptible.

Cependant, la fémorale était encore suivie dans le triangle de Scarpa.

En quelques jours, des plaques de sphacèle apparaissent sur différents points du dos du pied.

L'ablation du membre malade est proposée et acceptée.

Je la pratique au lieu d'élection, tiers supérieur, après avoir appliqué la bande d'Esmarch. Je fais deux lambeaux, un externe plus grand et un interne plus petit.

Après l'ablation de la bande d'Esmarch, on ne voit aucun jet artériel, et quelques veines ainsi que les capillaires donnent du sang noir.

Je fais une seule ligature sur la veine tibiale antérieure, qui semble donner un peu de sang.

Réunion de la plaie avec deux tubes à drainage, placés au fond du sillon formé par les deux lambeaux entre les os : pansement de Lister et iodoforme.

La guérison eut lieu par première intention. Il y eut seulement une phlyctène noirâtre sous-cutanée au-devant de la rotule, mais sans escharre de la peau.

Les douleurs ont disparu rapidement, et l'état général du malade, très mauvais avant l'opération, s'est beaucoup amélioré.

On sent l'artère crurale qui est plus petite que celle du côté opposé.

Le malade marche, avec un pilon, sur le genou.

J'ai pensé qu'il était intéressant de présenter devant la Société de chirurgie le malade que j'ai amputé d'une jambe au mois de janvier 1886, et qui présente un exemple remarquable d'une affection rare chez l'homme.

La claudication intermittente décrite chez l'homme, en 1856, par M. le professeur Charcot, a été étudiée dans une thèse d'un de ses élèves, M. Sabourin, en 1873.

Cette affection est commune chez les chevaux, et elle est due, chez eux, à une oblitération des artères principales des membres.

Chez mon malade, l'artère tibiale était rétrécie par une artérite spéciale, au point que le calibre était réduit au volume d'un cheveu.

Ce qui est particulier à l'observation que je viens de rapporter, c'est la marche et l'ascension croissante de la gangrène. Ce fait n'est pas ordinaire, car plusieurs individus atteints de claudication intermittente n'ont aucune trace de sphacèle, à aucune époque de l'évolution de la maladie (Charcot, communication orale).

Un autre détail important est la réussite de l'amputation, malgré l'absence d'artère dans le moignon. On admet généralement que ces gangrènes, dues à des lésions artérielles, ne doivent pas être traitées par l'amputation, dans la crainte de voir survenir une gangrène des lambeaux et une gangrène secondaire ascendante.

Mon observation prouve donc qu'on peut sans crainte pratiquer l'amputation, et avec succès.

Celle-ci était d'autant plus autorisée, que chez mon malade il y a eu non seulement une guérison facile et radicale sans accidents, mais le malade a cessé de souffrir, il a repris son embonpoint antécédent et peut être considéré comme guéri actuellement, six mois après l'amputation.

Cette observation semble être unique actuellement, au point de vue de la réussite opératoire.

Suite de la discussion sur l'uréthrotomie interne.

M. Horteloup. Dans le très intéressant mémoire que M. Le Dentu vous a communiqué, notre collègue a eu surtout pour but de venir défendre la divulsion et d'établir qu'elle ne méritait pas le discrédit dans lequel elle est tombée. Les observations qu'il a réunies sont assez concluantes pour engager les chirurgiens à y recourir plus souvent et, à mon avis, je crois que ce procédé peut, dans certains cas, rendre de véritables services. A l'époque où Voillemier fit connaître son divulseur, je l'ai employé assez souvent, surtout parce que j'avais peu d'enthousiasme pour l'uréthrotome à lame courante de M. Maisonneuve. J'ai obtenu, avec la divulsion, de très beaux succès, mais, dans une opération faite en 1871, à l'hôpital Saint-Antoine, où je remplaçais M. Labbé, une divulsion pratiquée pour un rétrécissement très résistant fut suivie d'infiltration d'urine. Le malade guérit et l'observation recueillie par M. Peyrot a été publiée dans une thèse; malheureusement je n'ai pas pu la retrouver.

Ce cas grave, quoique terminé par la guérison, m'avait un peu refroidi pour la divulsion, et je n'y ai plus eu recours que dans les rétrécissements élastiques et rétractiles, ou dans les troubles de l'urèthre qui forment cette classe de rétrécissements spasmodiques plus ou moins acceptés par les auteurs.

Je serais donc tout disposé à admettre que la divulsion peut

rendre de véritables services ; mais, pour les rétrécissements compliqués de fistules urinaires et d'induration des tissus péri-uréthraux, ils me semblent devoir être de préférence attaqués par l'instrument tranchant. Dans une de ses autopsies, à la suite de divulsion, M. Le Dentu a constaté une déchirure, et dans mon observation où il est survenu de l'infiltration, il en a du être de même.

Aussi dans les rétrécissements fibreux et très résistants, je préfère de beaucoup l'uréthrotomie interne.

Comme je l'ai dit, le jour où M. Le Dentu nous a lu son travail, j'ai toujours eu peur de l'uréthrotome de M. Maisonneuve. Grâce aux modifications qui ont été apportées à l'instrument primitif, grâce surtout au manuel opératoire mieux réglé, il n'y a plus à craindre de voir une lame venir faire saillie au périnée, ou de trouver un canal de l'urèthre dans lequel tout a été coupé, sauf le rétrécissement. Ces histoires rentrent dans les anecdotes amusantes à raconter, mais elles ne peuvent plus être opposées à l'emploi de l'uréthrotome à lame courante et, si on n'avait que ces critiques à faire, il n'y aurait qu'à reconnaître que c'est un instrument excellent.

Malheureusement il y a d'autres objections qui peuvent expliquer les insuccès ou les accidents qui ont été souvent constatés.

Lorsqu'on se décide à appliquer l'uréthrotome, on ne connaît presque jamais la longueur et surtout l'épaisseur du rétrécissement.

Aussi, lorsque, après avoir introduit le conducteur cannelé de Maisonneuve, et après avoir fait jouer la lame, on arrive contre le rétrécissement, on ne sait nullement si on va être obligé de pousser la lame pour couper un rétrécissement de 2, 3 millimètres ou de 2 centimètres de longueur, et, comme il arrive souvent que le tissu est excessivement dur, on est obligé de faire une assez forte pression qu'il est impossible même à une main exercée de supprimer dès que le rétrécissement est franchi; aussi la lame pénètre-t-elle dans la région membraneuse plus ou moins contractée et peut-elle y faire une incision tout à fait inutile.

Quant à l'épaisseur du rétrécissement, le résultat est aussi remis au hasard ; pour qu'une uréthrotomie soit faite dans de bonnes conditions, il faut que tout le tissu induré soit sectionné, mais il faut bien se garder d'aller au delà. Or, avec la lame courante de M. Maisonneuve, il est impossible, au chirurgien le plus prudent, d'affirmer qu'il est resté dans ces limites. M. Le Dentu vous a cité un cas, n° 18, dans lequel il lui a été impossible de passer une sonde après l'uréthrotomie. Il est plus que probable que le rétrécissement n'avait pas été assez incisé, et, d'un autre côté, il nous a rapporté deux observations, l'une n° 14, l'autre qui ne figure pas dans son tableau, où il a trouvé à l'autopsie que la lame de l'uréthrotome avait sectionné la partie supérieure du canal dans toute son épais-

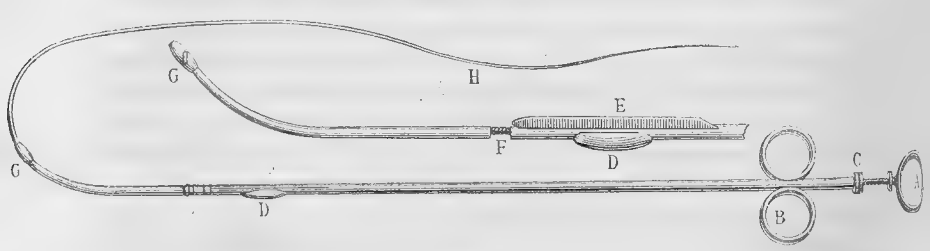
seur et qu'une certaine quantité d'urine s'était répandue dans les tissus extra-uréthraux.

M. Le Dentu a pensé que la courbure du canal avait pu être modifiée par la présence de fistules et de tissus indurés qui avaient attiré en bas le canal. Je suis tout disposé à admettre l'opinion de M. Le Dentu, mais il admettra bien aussi que la lame était plus large que le rétrécissement n'était épais.

Voilà, pour moi, les plus sérieuses objections que l'on peut adresser à l'uréthrotome de M. Maisonneuve, car elles me paraissent suffisantes pour expliquer les quelques insuccès que donne l'uréthrotomie. J'ai été fort heureux de les trouver aussi énoncées par Thompson dans ses leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points de la chirurgie des voies urinaires. Il lui reproche même d'être un instrument trop simple, car on n'a pas craint, dit-il, d'écrire « qu'avec cet uréthrotome, un homme même inexpérimenté est capable de pratiquer une uréthrotomie en toute assurance ». Je ne serais pas éloigné de trouver qu'il y a quelque chose de vrai dans ce reproche.

Ce sont ces raisons qui m'ont fait adopter, depuis plus de dix ans, un autre uréthrotome, dont la première description a été donnée dans une thèse soutenue en 1876 par un de mes élèves.

Cet uréthrotome agit directement de dedans en dehors ; il se compose d'un tube creux, ayant la forme d'une sonde, dans lequel glisse une tige à l'extrémité de laquelle se trouve une lame mousse



que l'on peut faire sortir en appuyant sur l'anneau extérieur. Sur le tube se trouve, à 7 centimètres de l'extrémité, une olive qui vient buter contre le rétrécissement et bien indiquer l'endroit malade.

J'emploie, pour faire une uréthrotomie, quatre instruments de différentes grosseurs.

Après avoir introduit une bougie conductrice, je visse mon premier uréthrotome, que je fais pénétrer comme une sonde ; lorsque l'olive est arrêtée, je débride le rétrécissement en faisant sortir deux ou trois fois la lame, et, poussant légèrement l'uréthrotome, je fais traverser l'olive.

Je retire l'instrument, je monte sur la bougie conductrice, suc-

cessivement, les n°s 2, 3, 4 et je ne fais sortir la lame que lorsque l'olive se trouve arrêtée.

Il n'est pas toujours nécessaire d'employer les quatre numéros; le débridement pratiqué avec le n° 1 et le n° 2 suffit pour laisser pénétrer sans difficulté une bougie n° 20.

La lame de ces instruments est mousse ; elle ne fait donc pas très probablement d'incisions mais de simples mouchetures; je dis probablement, car je n'ai jamais eu de cas de mort et il m'a donc été impossible de vérifier, *de visu*, le résultat opératoire. D'après des expériences faites sur le cadavre, et qui ont été rapportées dans la thèse dont j'ai parlé, on voit qu'en entourant, avec un fil plus ou moins serré, la portion membraneuse, on peut sectionner ce fil sans inciser la muqueuse.

Après l'opération, j'introduis une bougie dont le volume dépend de la dimension du méat urinaire et du débridement que j'ai cru devoir donner au rétrécissement; elle varie donc du n° 16 au 22. Après l'avoir laissée une minute environ, je la retire et je ne place jamais de sonde à demeure; douze ou quinze jours après l'opération, je commence le passage de bougies.

Avec ces uréthrotomes, j'ai fait soixante-six opérations sur lesquelles j'ai des notes.

Comme je vous l'ai dit, je n'ai jamais eu de mort, j'ai eu quelquefois un léger écoulement de sang, mais contre lequel je n'ai jamais eu à intervenir; il y a eu quelques accès de fièvre, mais sans aucune gravité, et, quant à la douleur, elle est insignifiante.

Je reconnais à ce manuel opératoire deux défauts : le premier, c'est qu'il faut beaucoup d'instruments qui ne sont pas sans être d'un prix élevé; le second, c'est la nécessité d'introduire successivement quatre instruments. Cette introduction, au premier abord, est un peu effrayante, mais, d'après les nombreuses opérations que j'ai faites, je crois qu'on peut ne pas en tenir compte.

En revanche, je trouve qu'avec ces instruments, le chirurgien sait toujours où il est et qu'il est libre de ne jamais aller plus loin qu'il ne le veut.

Pour juger de la valeur de cet instrument, il serait nécessaire de savoir si les récidives sont plus ou moins rapides qu'avec les autres uréthrotomes; malheureusement vous savez, comme moi, avec quelle difficulté on peut retrouver les malades de l'hôpital. Sur les soixante-six opérations dont j'ai conservé les notes, j'ai revu six malades qui sont rentrés dans mon service après un intervalle de quatre ou cinq ans; sur quatre, j'ai pu refaire très facilement la dilatation et, sur les deux autres, j'ai fait une seconde uréthrotomie. Chez un malade, j'ai fait trois fois l'uréthrotomie interne et j'ai fini, pour le guérir, par pratiquer l'uréthrotomie externe.

Les deux malades auxquels j'ai été obligé de faire une seconde uréthrotomie étaient atteints de rétrécissements traumatiques. Or, je ne crois pas que l'on puisse obtenir des résultats durables avec l'uréthrotomie interne dans la majorité des cas de rétrécissements produits à la suite des traumatismes du périnée.

L'opération est toujours très simple ; elle ne s'accompagne jamais d'accidents, car on coupe dans un tissu dur, résistant ; mais il doit se passer dans l'urèthre ce qui se passe pour les autres cicatrices : une incision ne suffit jamais pour faire disparaître une rétraction produite par une cicatrice.

Dans les rétrécissements traumatiques, outre la lésion du canal de l'urèthre, il y a toujours des brides cicatricielles qui siègent dans le périnée et qui se manifestent, le plus ordinairement, sous la forme d'un bourrelet que l'on sent facilement avec le doigt.

Cette masse indurée joue certainement un rôle dans le rétrécissement et, comme il est impossible de la faire disparaître par l'uréthrotomie interne, la récidive est presque constante.

M. Tillaux, dans sa thèse sur l'uréthrotomie, a rapporté une observation de Nélaton, dans laquelle ce chirurgien, pratiquant une uréthrotomie externe sur un jeune garçon qui avait un rétrécissement infranchissable à la suite d'une chute sur le périnée, fut très surpris, après avoir incisé la masse fibreuse du périnée, de voir l'urine sortir à plein canal par le méat. Le rétrécissement n'était produit que par la compression exercée de dehors en dedans.

J'ai observé, à l'hôpital du Midi, un fait semblable.

Je crois, d'après ces remarques, que, pour obtenir une véritable guérison d'un rétrécissement traumatique, il faut recourir à l'uréthrotomie externe qui, seule, peut permettre d'attaquer, non seulement, le rétrécissement, mais les brides que l'on pourrait appeler le rétrécissement extérieur.

Si j'ai eu la bonne fortune de ne point avoir de mort à enregistrer après l'uréthrotomie interne, je suis loin de l'attribuer à l'instrument que j'emploie, mais, seulement, à ce que je n'opère plus par l'uréthrotomie interne, mais par l'uréthrotomie externe, les malades atteints de rétrécissements étroits, compliqués de fistules, d'induration du périnée et dont l'état général ne peut laisser de doutes qu'ils ne soient sous l'influence d'un empoisonnement urineux.

Voillemier affirmait que l'uréthrotomie externe est contre-indiquée, lorsqu'il est possible d'introduire, dans l'urèthre, une bougie si petite qu'elle soit. Je ne puis admettre une semblable opinion : car les raisons, qui me font repousser la divulsion ou l'uréthro-

tomie interne, se déduisent non seulement de la nature du rétrécissement, mais des lésions de voisinage et de l'état général du malade.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un rétrécissement dont la présence ne s'est pas encore manifestée par des accidents généraux, mais dont la dilatation, plus ou moins difficile, occasionne des accidents fébriles, il suffit de pratiquer l'uréthrotomie interne pour faire cesser comme par enchantement les accidents et guérir complètement son opéré.

Mais, lorsqu'on se trouve en présence d'un rétréci déjà ancien, avec complication de fistules urinaires, laissant subsister une urine purulente de nature ammoniacale, chez lequel survient une fièvre lente, même sans aucune tentative opératoire, sans l'uréthrotomie interne, c'est marcher presque sûrement à un échec, car, presque toujours, il y a une altération du côté des reins.

M. Verneuil, dans la dernière séance, sans repousser l'uréthrotomie interne, s'est élevé avec énergie contre l'opinion qui voudrait faire admettre que l'uréthrotomie interne n'est jamais suivie d'accidents. L'uréthrotomie interne produit, dit-il, un traumatisme du canal qui peut retentir sur un rein malade.

A cette opinion, vous avez entendu M. Trélat répondre qu'il ne fallait pas mettre sur le compte de l'uréthrotomie interne une complication rénale dont elle n'est pas plus responsable que les autres méthodes de traitement des rétrécissements. C'est parfaitement exact, mais il faut se demander si, sur un malade dont les reins ont la possibilité d'être malades par suite des troubles survenus dans l'émission de l'urine, on doit recourir à l'uréthrotomie interne.

Dans les cas, dont je parlais plus haut, où l'on trouve un rétrécissement sans complication, n'ayant pas occasionné de troubles depuis longtemps, l'uréthrotomie fait cesser immédiatement la congestion rénale purement passive qui a si bien été étudiée par MM. Straus et Germont; aussi le résultat est-il excellent.

Mais, chez les rétrécis dont je veux parler, chez ceux dont la lésion existe depuis longtemps, puisque de nombreux trajets fistuleux ont pu se former, la miction se fait à travers des clapiers, des trajets plus ou moins sinueux ; l'odeur du malade suffit pour faire reconnaître une fermentation de l'urine.

Avec une uréthrotomie interne, même admirablement faite, vous ne pouvez supprimer de suite les clapiers, la stagnation d'urine ; aussi, au lieu de voir disparaître les accidents d'infection urineuse, on donne un coup de fouet à la formation des ferments et, consécutivement aux lésions rénales qui emportent l'opéré.

Avec l'uréthrotomie externe, largement exécutée en débridant les trajets fistuleux, excisant les tissus indurés, permettant de

pratiquer facilement des lavages de la vessie et de la plaie avec des liquides antiseptiques, on peut faire cesser toutes les causes d'infection et, peut-être, arrêter la marche des accidents rénaux.

Dans un cas, je me disposais à faire l'uréthrotomie interne, car je n'avais pu rien obtenir par la dilatation. La veille du jour que j'avais indiqué pour l'opération, le malade est pris de fièvre, de douleurs très vives dans la région du rein, et l'examen des urines me fait constater la présence d'albumine.

Quarante-huit heures après, je pratiquais l'uréthrotomie externe; tout marcha admirablement, car cet homme, opéré le 2 octobre, quittait mon service, dans les premiers jours de novembre, avec un urèthre complètement fermé permettant de passer le n° 45 des bougies Béniqué.

Cet homme rentrait, dans mon service, cinq mois après avec des accidents rénaux qui finirent par l'emporter trois ans plus tard. Dans le but d'examiner son canal de l'urèthre, je le gardai pendant ce long temps ; j'ai montré, ici, les pièces anatomiques qui permirent de constater le remarquable résultat opératoire, mais les reins étaient atteints d'une néphrite interstitielle dont le point de départ remontait aux accidents qui m'avaient fait pratiquer l'uréthrotomie.

M. Humbert. Je suis tout à fait partisan de l'uréthrotomie interne. Douze opérations ne m'ont donné que des succès. Jamais je n'ai observé d'hémorrhagie, ni d'infiltration urineuse, pas même d'accidents moins sérieux. Trois fois, seulement, j'ai noté une légère élévation de température, d'ailleurs passagère. Tous les malades, à leur sortie de l'hôpital, passaient une bougie n° 20; aucun n'est venu réclamer de nouveaux soins.

Les occasions de pratiquer l'uréthrotomie interne ne sont pas rares dans le service de chirurgie de l'hôpital du Midi. Sur les douze opérations que je viens de citer, onze y ont été faites depuis quinze mois. Si je ne possède aujourd'hui qu'un petit nombre de faits, il est donc probable que je serai à même de fournir ultérieurement une statistique plus importante.

Mais, quel que soit le nombre des cas sur lequel elle repose, une statistique est sans valeur si l'on se borne à mettre en regard le chiffre des guérisons et des insuccès. Il est indispensable de dire dans quelles conditions et comment les opérations ont été faites, en d'autres termes quel était l'état général des malades et quelles règles on a suivies.

Pour ma part, j'ai toujours eu affaire à des sujets dont la santé n'était pas sensiblement altérée, et qui ne paraissaient pas présenter de lésions du côté de la vessie ou des reins. Quant à la pratique de l'uréthrotomie, j'ai toujours observé les précautions les plus minu-

tieuses avant, pendant, et après l'opération. Il est inutile de rappeler des préceptes que tout le monde connaît; je ne dirai donc que quelques mots à ce sujet. Je n'emploie que la lame moyenne de l'uréthrotome qui, jusqu'à présent, m'a suffi dans tous les cas; après l'incision, je pousse dans l'urèthre sans force, à canal ouvert, une injection d'acide borique. La sonde à demeure, qu'on retire le lendemain, est toujours de petit calibre; une fois seulement je n'ai pas introduit de sonde, et le résultat n'a pas été moins favorable. Ce n'est pas à dire que cette pratique doive être conseillée, mais il vaudrait certainement mieux s'abstenir que d'employer une sonde de volume considérable, ce qui est à la fois inutile et dangereux. Il va sans dire qu'aucun instrument n'est introduit dans l'urèthre avant d'avoir été plongé dans une solution antiseptique.

Quand on suit strictement les règles les plus rigoureuses de l'uréthrotomie, cette opération est réellement inoffensive; mais elle ne l'est qu'à ce prix, et la moindre négligence peut exposer aux plus graves mécomptes.

C'est pourquoi les résultats fournis par les statistiques, même les plus considérables, ne doivent être acceptés qu'après l'examen de chaque observation. Il y a bien des faits malheureux dont on s'est servi pour critiquer l'uréthrotomie interne, et qui sont sans valeur, parce que l'opération n'a pas été pratiquée avec toutes les précautions voulues. Trop souvent on a employé la grande lame d'uréthrotome; on l'a passée à plusieurs reprises dans le canal; on a introduit, immédiatement après l'incision, des bougies Béniqué d'un volume considérable, n° 43 par exemple, ce qui revient à faire, en quelque sorte, la divulsion de la plaie; on a laissé à demeure des sondes n° 20 ou 22; d'autres fois on a pratiqué plusieurs cathétérismes successifs, on a même fait des fausses routes.

Je répète que les statistiques qui renferment des faits de ce genre ne permettent nullement de juger de la valeur relative de l'uréthrotomie interne. C'est ainsi, par exemple, que dans une thèse très importante sur « la méthode sanglante dans le rétrécissement de l'urèthre », publiée en 1879, M. Grégory a relevé jusqu'à 915 cas d'uréthrotomie interne et 922 d'uréthrotomie externe. Pour la première de ces opérations, on trouve que la mortalité est de 4,25 0/0; pour la seconde de 3,02 0/0 seulement. Mais cette différence, assez minime d'ailleurs, est plus apparente que réelle. En effet, sur 42 faits d'uréthrotomie interne que l'auteur a personnellement observés, on compte 8 morts, soit 19 0/0, sans parler d'un grand nombre d'accidents graves, notamment des hémorrhagies et des infiltrations d'urine.

La proportion de ces accidents, mortels ou non, s'écarte trop de la moyenne pour être acceptée sans contrôle; et la lecture des

observations démontre que la plupart du temps les règles du manuel opératoire sont loin d'avoir été suivies avec la précision nécessaire.

J'ajouterai que, quand bien même les résultats bruts des statistiques ne seraient passibles d'aucune critique, on aurait tort de s'en servir pour établir un parallèle entre l'uréthrotomie interne et l'uréthrotomie externe, à plus forte raison pour donner la préférence à cette dernière dans tous les cas. L'uréthrotomie externe est certainement une opération excellente, mais elle a des indications spéciales, et ne saurait être appliquée indistinctement à tous les rétrécissements rebelles à la dilatation.

La divulsion seule peut être comparée à l'uréthrotomie interne. Je ne critique pas la divulsion, car je ne l'ai jamais employée ; je n'ai donc pas d'expérience à son égard. Mais je ne suis pas tenté d'abandonner pour elle l'uréthrotomie interne ; car, même en principe, une section nette et limitée de l'urèthre me paraît bien préférable à une rupture. Je serais beaucoup plus disposé à essayer le procédé de M. Le Fort.

En somme, je pense qu'on peut discuter sur la valeur relative de l'uréthrotomie interne, de la divulsion et du procédé de M. Le Fort. Mais je crois que personne n'est autorisé à dire que l'uréthrotomie interne, bien faite, offre plus de dangers qu'aucune autre des méthodes qui peuvent lui être comparées.

M. Polaillon. Pour apporter mon tribut de documents à cette discussion sur l'uréthrotomie interne, j'ai relevé tous les cas de rétrécissement de l'urèthre que j'ai eu à soigner dans mon service de la Pitié depuis l'année 1879. Ces cas sont au nombre de 62. Je les ai tous traités par la dilatation lente et progressive, jamais par la divulsion.

Treize fois, la dilatation étant insuffisante ou impossible, j'ai pratiqué l'uréthrotomie interne : c'est dire que je n'abuse pas de cette opération, et que je la considère comme d'une application assez rare, comme l'*ultima ratio* des rétrécissements rebelles à la dilatation.

L'uréthrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve m'a donné de si bons résultats, d'une part, et si peu d'accidents, d'autre part, que je suis un de ses défenseurs les plus convaincus.

Sur mes 13 opérés, j'ai observé une fois un accès de fièvre qui a cédé au sulfate de quinine, une autre fois une congestion rénale avec albuminurie passagère, et enfin une épididymite qui se termina par un petit abcès. Cette dernière observation mérite une mention spéciale.

Il s'agit d'un homme âgé de 55 ans, Isidore D..., exerçant la profession de boucher, qui entra à la Pitié le 15 décembre 1880.

Il y a vingt ans, le malade eut une blennorrhagie qui ne dura que dix-sept jours. En même temps, d'après ce qu'il raconte, il semblerait qu'il ait eu une épididymite, qui n'eut qu'une durée de douze jours. Depuis, pas de goutte militaire le matin, non plus que de difficulté à uriner. Pas d'autres blennorrhagies.

Il y a trois semaines, à la suite d'excès alcooliques pendant trois jours, il fut pris subitement de rétention d'urine, qui n'alla pas jusqu'à l'impossibilité absolue d'uriner. Mais le jet était très petit et déformé. Chaque soir, frisson violent.

A son entrée, impossibilité de passer une bougie, même des plus fines.

Au bout de quelques jours de repos, je parviens à passer une très fine bougie, mais le rétrécissement ne se laisse pas dilater.

Le 8 janvier 1881, uréthrotomie interne. L'opération se fait avec la plus grande facilité.

Le malade perd à peu près 60 gouttes de sang. Une sonde en caoutchouc rouge est laissée à demeure dans le canal.

Le soir de l'opération, le malade a un grand frisson : et ce frisson se continue tous les soirs pendant huit jours.

Le 16 janvier, je m'aperçois que le testicule droit est rouge, enflammé, douloureux à la pression. Le malade accuse quelques douleurs dans cette région. Les frissons continuent. Malaise, inappétence. Des cataplasmes de farine de graine de lin sont appliqués *loco dolenti*.

Les jours suivants, le gonflement inflammatoire fait des progrès ; la rougeur augmente, ainsi que la tension des téguments.

Le 25, je constate, à la partie inférieure du scrotum, un point fluctuant, qui correspond à la queue de l'épididyme. Le testicule paraît sain, et ne pas participer à l'inflammation. Il n'y a pas d'épanchement dans la tunique vaginale.

Je laisse l'abcès se former. Il se limite à la queue de l'épididyme et, après huit jours d'attente, la peau rouge, tendue, amincie, dénote la présence d'une poche purulente grosse comme une noisette.

Une ponction avec un bistouri donne issue à un pus bien lié, verdâtre et assez abondant. Un pansement phéniqué est appliqué.

Immédiatement, l'état général devient meilleur ; plus de frisson ; l'appétit revient, et le malade sort de l'hôpital le 15 février.

Le testicule était encore un peu gros. L'abcès avait déterminé l'adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale et, autour de la plaie, un peu d'induration. La suppuratien était complètement tarie, et la plaie cicatrisée.

Le malade urinait sans difficulté et sans douleur. Il passait facilement une sonde de 6 à 7 millimètres de diamètre. Depuis cette époque, je ne l'ai pas revu, et j'ai lieu de croire que la guérison s'est maintenue.

Mes dix autres opérés d'uréthrotomie interne ont guéri sans le moindre accident.

L'uréthrotomie interne est, à mon avis, une opération fort innocente, à la condition de lui appliquer les principes de la méthode

antiseptique. Comme MM. Trélat et Humbert, je crois devoir insister sur ce point : c'est la négligence de l'antisepsie de l'uréthrotome, du canal, des sondes, qui cause les accidents, autrefois si fréquents, aujourd'hui si rares. L'uréthrotomie interne a suivi les progrès de toutes les autres opérations et a bénéficié des mêmes avantages. Il est évident que l'instrument de M. Horteloup donnerait des accidents aussi bien que celui de Maisonneuve, si on l'employait sans précautions antiseptiques.

Pour mon compte, je ne procède jamais à l'opération sans avoir lavé avec soin mon uréthrotome et la sonde conductrice dans une solution phéniquée au vingtième. Après l'incision du canal, j'introduis immédiatement une sonde en caoutchouc rouge convenablement grosse, soigneusement lavée à l'eau phéniquée et enduite de vaseline pure. Je fais ensuite une injection d'eau boriquée dans la vessie, injection que je renouvelle les jours suivants ; et je laisse à demeure, pendant vingt-quatre heures ou même davantage, la sonde en caoutchouc rouge, afin de préserver la plaie uréthrale du contact d'une urine plus ou moins septique. Enfin, l'opéré doit garder le lit pendant plusieurs jours.

J'ai observé un malade qui, après avoir subi l'uréthrotomie interne dans un hôpital, fut renvoyé, faute de place, et chez lequel on n'avait pas pris les précautions que je viens d'indiquer. Quinze jours après son opération, ce malheureux, qui était âgé de 68 ans, vint échouer dans mon service, en proie à des accidents fort graves. Ses urines étaient d'une grande fétidité et contenaient du pus et du sang. Malgré les injections désinfectantes dans la vessie, la fièvre persista. Bientôt une éruption scarlatiniforme recouvrit tout le corps. Une parotidite infectieuse double se développa et le malade mourut dans le coma, douze jours après son entrée à la Pitié, et vingt-sept jours après son uréthrotomie interne. A l'autopsie, on trouva une ulcération de l'urèthre, qui avait probablement pour origine la plaie faite par l'uréthrotome, un prostatite, une cystite et une néphrite suppurées. Cet homme a succombé à la résorption urineuse et à la septicémie. Quel que soit le mauvais état de sa vessie et de ses reins avant l'opération, je suis porté à croire que les accidents formidables qui ont suivi ne se seraient pas développés si l'uréthrotomie avait été pratiquée antiseptiquement.

Ma conclusion est que l'uréthrotomie interne antiseptique est une opération bénigne et d'une grande utilité.

Discussion.

M. M. Sée. Je désire présenter une observation sur la conduite à

tenir après l'uréthrotomie. J'ai dit que je ne passais pas de sonde après l'opération, depuis que, dans un cas, j'avais vu des accidents déterminés par la présence de la sonde. Aujourd'hui, je trouve un avantage à laisser les malades sans sonde. En effet, la présence de la sonde irrite le canal ; et l'urine, dans les premiers moments, détermine des accidents en arrivant au contact de la plaie. Après deux ou trois jours, au contraire, la plaie a déjà subi une modification qui la rend moins perméable, sans lui rien enlever de sa dilatabilité.

M. Polaillon. Lorsqu'on place dans le canal une *bougie* d'un volume médiocre, l'urine filtre entre la bougie et les parois du canal. Si l'on place une sonde, ce passage de l'urine est plus difficile, et si l'urine est septique, la sonde a l'avantage de permettre de faire des injections dans la vessie.

M. Humbert. Dans un cas, je n'ai pas placé de sonde dans le canal et je n'ai observé aucun inconvénient. Lorsqu'on place une sonde volumineuse, et qu'elle vient à s'obstruer, toute filtration de l'urine est impossible. Si l'on place une petite sonde, et qu'elle se bouche, il peut encore s'écouler de l'urine entre la sonde et les parois du canal.

M. Kirmisson. Je suis d'avis que la sonde trop grosse a des nconvénients. Je demanderai à M. Sée s'il commence la dilatation dès le troisième jour qui suit l'opération ?

M. M. Sée. Aujourd'hui je ne pratique plus la dilatation après l'opération.

Présentations de malades.

M. Le Fort présente un individu qui a eu *soixante-douze luxations de l'épaule gauche.*

Un appareil construit par M. Collin, tout en permettant les mouvements de l'articulation, limite le mouvement en arrière. Depuis trois mois que le malade porte cet appareil, la luxation ne s'est pas reproduite.

Pour un malade de Perpignan, M. Le Fort avait fait construire un appareil semblable. Pendant neuf ans, l'appareil porté d'une manière suivie a empêché toute reproduction de la luxation. Mais le malade ayant cru pouvoir s'en passer n'a pas tardé à voir se produire sa douzième luxation.

Cure radicale d'une hernie inguinale. — Rapports du sac péritonéal avec l'enveloppe fibreuse commune du testicule et du cordon.

M. Nicaise présente un malade qui portait une hernie inguinale incoercible et douloureuse ; elle formait une grosse tumeur de 17 centimètres de longueur. La cicatrisation était complète le cinquième jour, après deux pansements.

Ce n'est pas sur la simplicité de la guérison que M. Nicaise veut insister, c'est là aujourd'hui un fait commun en chirurgie antiseptique ; mais il désire appeler l'attention sur les rapports du sac péritonéal avec l'enveloppe fibreuse du testicule. Celle-ci est généralement mince à sa partie supérieure, au-dessus de l'anneau inguinal externe ; par le fait de l'existence d'une hernie, elle s'hypertrophie et semble alors faire partie du sac herniaire. Elle adhère plus ou moins au sac péritonéal, ce qui explique comment plusieurs fois elle a pu être confondue avec ce sac ; particulièrement dans les cas où l'on trouvait le prétentu sac herniaire adhérent aux éléments du cordon, dont on ne pouvait le séparer. La difficulté dans ces cas vient de ce que l'on veut décoller à la fois et le sac péritonéal et l'enveloppe fibreuse qui le double ; or, comme l'enveloppe fibreuse du testicule sert de substratum aux éléments du cordon, on comprend qu'il soit difficile de séparer ceux-ci de la membrane qui les réunit et qui est dans ces cas hypertrophiée.

Cette particularité s'est offerte chez le malade que je présente. Après avoir incisé plusieurs couches celluleuses, j'arrivai sur le sac qui s'engageait dans l'anneau inguinal, j'essayai de le décoller, mais j'entraînais les éléments du cordon. J'incisai alors l'enveloppe du sac et j'arrivai sur le péritoine épaissi, que je pus isoler avec la plus grande facilité de la tunique fibreuse à laquelle il était légèrement adhérent.

Dans la cure radicale de la hernie inguinale, il y a donc lieu de chercher à séparer le feuillet péritonéal de l'enveloppe fibreuse du sac qui n'est que l'enveloppe fibreuse commune au testicule et aux éléments du cordon. Généralement, il est facile de séparer ces deux membranes l'une de l'autre ; dans certains cas, cette séparation ne pourra pas se faire.

Présentation de pièces de pansement.

M. le Dr Redon présente plusieurs spécimens de *tourbe* préparée de manière à pouvoir être utilisée dans le pansement des plaies.

Un nouveau matériel de pansement à la tourbe,

Par le Dr H. Redon.

Neuber (de Kiel) a le premier employé la tourbe au point de vue chirurgical. Sur la prière de ce chirurgien, Gaffky étudia la question de l'asepsie et même de l'antisepsie possible de la tourbe naturelle. Liesrink et Mielck, Sonnenburg, Bergmann, Esmarch en Allemagne, Liedenbaum, Bielzoff, en Russie, usèrent de la tourbe suivant la méthode de Neuber, c'est-à-dire sous forme de poussière de tourbe enfermée dans des coussins de gaze, et en firent le plus grand éloge.

En France on s'est peu intéressé à cette nouvelle méthode de pansement, ce qui peut tenir à la rareté des tourbières en France, à ce que le pansement n'avait pas encore fait ses preuves, enfin et surtout à ce que les modes d'emploi préconisés juqu'alors n'ont pas paru pratiques.

Il convient donc de mentionner ici les faits acquis, en spécifiant les qualités réelles, absolues de la tourbe, et d'indiquer un mode d'emploi nouveau et commode.

Qualités. — *Porosité* d'où découle : 1° une capacité d'absorption très supérieure à celle de tous les matériaux de pansement employés, y compris la laine des bois. La tourbe absorbe de huit à dix fois son poids d'eau, tandis que l'ouate et la charpie de bois qui viennent immédiatement, mais loin derrière elle, n'absorbent que cinq fois ce même poids ; 2° une diffusion très rapide dans les différentes couches du pansement, d'où une évaporation facile des liquides absorbés. Cette dernière propriété doit-elle être considérée comme une qualité ou comme un défaut ? Aux cliniciens de répondre à Neuber qui en fait le plus grand cas.

Asepsie. Elle résulte naturellement du mode de formation de la tourbe ; artificiellement, elle est assurée par un passage à l'étuve à 110° et par un séjour dans une chambre remplie d'acide sulfureux.

Antisepsie dosable à volonté, étant donné que la tourbe peut être chargée, plus qu'aucune autre substance, d'agents antiseptiques.

Mode d'emploi. Variétés de tourbe. — A cet égard il importe de choisir la tourbe la plus propre, la plus absorbante et la plus maniable : c'est la tourbe jaune brun, filandreuse, etc., qui répond à ces desiderata.

Nouveau matériel proposé. — 1° une véritable ouate de tourbe,

brunâtre, souple, élastique, disposée en nappe et maniable comme du coton, cardable comme lui et compressible plus que lui, antifermentescible et imputrescible ; 2° un duvet de tourbe très fin, destiné à servir d'éponge, pour les contacts délicats (face, etc.) ; 3° une tarlatane de gaze de tourbe, à larges mailles, sorte de grille pour empêcher l'accolement des fibres de l'ouate à la plaie.

Pansement rare et occlusif. — La rareté du pansement s'explique d'elle-même par les qualités sus-énoncées. L'occlusion est due à ce que les bords de l'ouate, qui doit déborder largement la plaie, se collent sur la partie du corps avec laquelle elle est en contact, au point de mettre la plaie, dit Neuber en parlant des coussins, « extraordinairement sûrement » à l'abri de l'air. Ce que nous avons constaté par nous-même c'est que la tourbe s'accole complètement sur les bords de la plaie qui marche alors vers la guérison, à la manière de plaies sous-crustacées.

Prix de revient extrêmement modique : de 1 fr. 10 à 2 fr. 25 le kilogramme, suivant que l'on emploie de la tourbe naturelle, aseptique et absorbante, ou de la tourbe chargée d'agents antiseptiques (acide phénique ou borique, sublimé).

Ainsi donc, grande capacité d'absorption, de diffusion et d'évaporation ; souplesse, légèreté et compressibilité, asepsie ou antisepsie puissante à volonté, action *sui generis,* longue durée du pansement, simplicité extrême d'application, prix de revient infime : telles sont les qualités remarquables du nouveau pansement que nous soumettons à l'appréciation des cliniciens.

Élection d'un membre titulaire.

Les canditats sont présentés par la commission dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Peyrot ;
En deuxième ligne, M. Schwartz ;
En troisième ligne, MM. Prengrueber et Segond.

Nombre de votants : 24. — Majorité : 13.

Ont obtenu :

MM. Peyrot........................ 22 voix.
Schwartz........................ 2 —

En conséquence, M. PEYROT est nommé membre titulaire de la Société.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,
E. DELENS.

Séance du 16 juin 1886.

Présidence de M. LANNELONGUE, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Observations gynécologiques*, par M. le Dr FRAIPONT, assistant à l'Université de Liège;

3° Notre collègue, M. BOINET, envoie à la Société une brochure publiée dans la *Gazette hebdomadaire* en 1855, et intitulée : *Nouvel uréthrotome sur conducteur, pour l'incision d'avant en arrière des rétrécissements de l'urèthre sans dilatation préalable.* Il rappelle que cette méthode sur une trentaine de cas, sans antisepsie, ne lui a donné que de bons résultats;

4° M. le Dr PEYROT remercie la Société de sa nomination comme membre titulaire ;

5° MM. CRUVEILHIER et PEYROT demandent un congé pour la durée du concours du Bureau central. M. KIRMISSON demande un congé de trois semaines pour un voyage chirurgical en Suisse et en Allemagne (renvoi à la Commission des congés);

6° *Des tumeurs du larynx, thèse d'agrégation en chirurgie*, par M. le Dr SCHWARTZ.

A propos du procès-verbal.

M. VERNEUIL. Notre excellent collègue M. Lannelongue a soulevé,

dans la dernière séance, la question très intéressante des origines et des portes d'entrée de l'ostéomyélite.

Dans l'état actuel de la science, il n'y a plus à rechercher les causes des maladies infectieuses ailleurs que dans les agents d'infection; mais, en revanche, il y a lieu de déterminer exactement la pathogénie, c'est-à-dire les voies et moyens par lesquels ces agents venus du dehors s'introduisent dans l'organisme et le pénètrent.

En ce qui touche l'ostéite infectieuse, nous sommes encore bien ignorants; quand même nous admettrions qu'elle est due aux staphylocoques jaunes et blancs, au streptocoque ou à tous autres microbes pyogènes, nous ne saurions dire dans le plus grand nombre des cas comment ces germes, venus du dehors, ont pu parvenir jusqu'aux cavités osseuses ou aux espaces sous-périostiques; naturellement ils ont suivi la voie de la circulation, mais il leur a fallu arriver jusqu'aux vaisseaux et traverser les parois capillaires, et nous ignorons comment ils ont d'abord franchi les barrières épithéliales et épidermiques.

M. Pasteur ayant assimilé le microbe de l'ostéomyélite à celui du furoncle, on peut soupçonner la route suivie. On sait que les follicules pileux et sébacés recèlent d'ordinaire des micro-organismes variés, capables à un moment donné de traverser la paroi glandulaire, de pénétrer dans les espaces conjonctifs et lymphatiques, et, par suite, dans le système vasculaire sanguin, ce qui conduit à rechercher aussi les relations entre le furoncle ou l'anthrax et les ostéites aiguës. A la vérité, ces relations ne sont pas communes. M. Kraske, de Friburg-en-Brisgau, qui s'est occupé récemment des causes de l'ostéomyélite, rapporte le cas suivant :

Un jeune homme de 14 ans, atteint de furoncle de la lèvre inférieure, eut ensuite une ostéomyélite de la main et du pied. Une péricardite s'y ajouta, qui occasionna la mort. A l'autopsie, on constata l'altération des veines au voisinage du furoncle, et on put constater l'identité des virus du furoncle et de l'ostéomyélite (*Société allemande de chirurgie*, 7 avril 1886; *Semaine médicale*, p. 145).

J'ai recueilli moi-même, dans ces derniers temps, deux courtes notes qui semblent confirmer cette relation. Je les donne pour ce qu'elles valent :

M. W..., 40 ans, a été atteint à l'âge de 12 ans d'une ostéo-périostite du grand trochanter, d'origine traumatique, qui a laissé après elle une tuméfaction considérable de l'os avec fistule ossifluente. D'ordinaire, ces lésions ne déterminent point d'accidents, les douleurs étant nulles et la suppuration très minime. Cependant tous les ans survient, généralement au printemps, une crise dou-

loureuse avec inflammation locale assez vive, accompagnée pendant quelques jours de fièvre et de malaise. La suppuration devient plus abondante. Or, l'accès, pour la première fois, a fait défaut l'an dernier, mais il a été remplacé par une éruption généralisée de furoncles qui ne s'étaient jamais montrés et ne sont pas revenus depuis.

J'ai vu récemment un garçon de 20 ans, venu de province pour un mal de Pott compliqué d'abcès ilio-fémoral, né de parents bien portants et vivant dans l'aisance. Il avait joui jusqu'à l'âge de 13 ans d'une santé parfaite, lorsqu'il fut atteint d'un anthrax de la nuque, dont une large cicatrice atteste l'étendue. La cicatrisation mit plus de deux mois à se faire, et la convalescence fut bien plus longue encore. Un an après le début de l'anthrax, le père du jeune homme, remarquant que son fils ne reprenait pas ses forces et paraissait se voûter, examina le dos et constata une gibbosité dans la région dorso-lombaire, laquelle s'exagéra dans la suite et fut enfin suivie d'abcès ossifluents au bout de six ans environ. Malgré tout, l'état général est satisfaisant; il n'y a jamais eu de scrofule, et aujourd'hui même les poumons sont absolument sains. Il est donc permis de croire que l'anthrax a joué un rôle quelconque dans le développement de l'ostéite vertébrale.

M. Lannelongue est porté à croire que diverses solutions de continuité traumatiques ou pathologiques peuvent servir de porte d'entrée à l'ostéomyélite. Il cite les ulcérations pharyngiennes et buccales, les plaies devenues superficielles, le panaris; ce qui conduirait à admettre l'existence latente des microbes spécifiques à la surface de notre corps ou dans nos cavités ouvertes, hypothèse qui naturellement ne me répugne nullement. Je n'ai point d'objection à faire à cette multiplicité des voies d'introduction, car nous savons bien que les dermatoses ulcéreuses et l'herpès guttural, entre autres, ouvrent la porte à diverses maladies infectieuses, l'érysipèle et la diphthérite notamment. Je demanderai seulement à notre collègue de ne pas mettre le panaris sur le même rang et de ne pas le considérer comme simple précurseur de l'ostéite infectieuse, par cette raison qu'il est lui-même une première manifestation de cette maladie générale. Depuis longtemps, en effet, j'ai observé et signalé des cas de suppuration multiple, simulant la pyohémie, quoiqu'un peu moins graves et consécutifs à des panaris de la première phalange. J'ai vu ces jours derniers à la Charité, dans le service de notre collègue M. Trélat, une ostéo-périostite du tibia éclatant le lendemain même de l'incision d'un panaris du pouce. J'avais observé l'an dernier le fait plus curieux encore d'une femme qui, guérie d'un panaris depuis trois mois, et s'étant légèrement heurté l'avant-bras correspondant avait été

prise aussitôt d'une ostéo-périostite grave du radius avec nécrose et séquestration partielle.

Je ne veux pas m'étendre davantage sur ces points, mais je désire seulement en signaler l'importance, non seulement pour la pathologie spéciale de l'ostéomyélite, mais pour la pathologie générale des maladies infectieuses.

M. Lannelongue. Je suis heureux de voir M. Verneuil apporter son contingent de faits à la thèse que je soutiens. J'ai voulu surtout, par ma communication, éveiller l'attention des chirurgiens. Depuis deux ans, en recherchant l'état antérieur de mes malades, j'ai trouvé dix-sept fois des lésions qui pouvaient avoir été la porte d'entrée de l'agent infectieux. Il suffit que la cuirasse ait été ouverte pour que celui-ci pénètre dans le sang.

Pour le panaris, je le considère comme une ostéomyélite, et, dans mon travail, j'en rapporte cinq ou six exemples probants, dans lesquels il y a eu d'abord panaris, puis ostéomyélite d'un membre. D'ailleurs, je compte compléter ma communication qui n'est pas achevée.

Communication.

Rétrécissement généralisé du système artériel,

Par M. Le Dentu.

La communication de M. Terrillon, relative à un cas de sclérose des artères de la jambe suivie de gangrène, me fournit l'occasion de porter à votre connaissance un cas de rétrécissement des artères du corps entier que j'observe depuis plusieurs mois dans mon service à l'hôpital Saint-Louis.

Le sujet est âgé de 33 ans. Il ne sait rien de ses antécédents de famille, car il est né de père et de mère inconnus. Il exerce le métier de tailleur. Il affirme ne s'être jamais livré à aucun excès.

Sauf une pleurésie droite qu'il a eue en 1865 qui a guéri en un mois, et qui a été suivie de près par une variole bénigne, sa santé a été bonne jusqu'en 1883.

Il entre alors à l'hôpital Beaujon pour des douleurs dans la jambe gauche à la suite desquelles il survient de la gangrène à plusieurs orteils. Il prétend avoir eu alors du sucre dans l'urine. Plus tard, comme les lésions avaient gagné la partie externe du pied, il entre à l'hôpital Saint-Louis dans mon service fait à ce moment par le Dr Reynier, qui le 4 janvier 1884, pratiqua l'amputation de la jambe au tiers supérieur. D'après les renseignements

qui m'ont été donnés par M. Reynier, ce n'est pas une gangrène véritable que présentait alors ce malade, mais bien une vaste ulcération qui tendait à gagner le pied entier. Les lambeaux offrent à leur tour des lésions analogues et la guérison est si lente que la cicatrisation n'est complète qu'en février 1885 ; le malade éprouve encore une grande faiblesse dans la jambe droite, et des secousses se montrent dans le moignon.

En 1885, une coloration bleuâtre accompagnée de refroidissement et de douleurs aiguës apparaît sur les trois premiers orteils du pied droit. La jambe entière est agitée de secousses violentes. Ces phénomènes durent sans modification favorable jusqu'au 9 janvier 1886, époque à laquelle le malade entre de nouveau dans mon service, salle Cloquet, n° 46.

Je constate alors des ampoules à contenu bleu noirâtre aux extrémités du gros orteil et des deux doigts suivants. Le pied entier est le siège de douleurs aiguës; la peau offre une hypéresthésie très accusée. Les moindres contacts sont douloureux.

L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Le pouls de la pédieuse n'est pas perceptible. Je suis surpris de ne pouvoir trouver les battements d'aucune des deux radiales. A peine par moments sent-on un léger frémissement vers le quart inférieur de l'avant-bras, mais cette sensation est tellement fugitive qu'on a de la peine à la retrouver nettement.

Les cubitales se sentent passablement, mais leur pulsation est certainement affaiblie. Il en est de même de celle des axillaires et des crurales. Ces dernières ne battent certainement pas plus énergiquement que des radiales normales.

Du côté du cœur, je constate dans les premiers examens une grande agitation, et par moment, un souffle à la base et au premier temps, qui me fait croire à un rétrécissement aortique ; mais ce souffle n'est pas constant et mon excellent collègue, M. Hallopeau, que je prie d'examiner ce malade, ne le trouve pas. Je reste donc sur la réserve.

A partir de janvier, les phénomènes locaux évoluent lentement. Tandis que les phlyctènes du deuxième et du troisième orteil se flétrissent peu à peu, les lésions gagnent un peu en profondeur du côté du gros orteil. Une eschare se détache, l'ongle, soulevé par une suppuration de quelque importance, s'ébranle. Je le fais arracher vers le commencement de juin.

Les douleurs ne cèdent à aucune médication, ni calmante, ni antispasmodique. La morphine seule les atténue. L'hyperesthésie reste excessive, et chaque frôlement détermine le retrait involontaire du pied. L'état du sujet est tout à fait misérable.

Pansement à l'iodoforme.

État du système artériel, le 13 juin 1886. — La submatité cardiaque s'étend du bord inférieur de la troisième côte à 5 centimètres au-dessous, et transversalement du milieu du sternum à 1 centimètre en dedans du mamelon. La pointe bat faiblement dans le cinquième espace intercostal à 1 centimètre au-dessous et en dedans du mamelon. Les battements sont au nombre de soixante-dix à quatre-vingts à la minute. Les bruits ne présentent rien d'anormal, si ce n'est un léger claquement du second. M. le professeur Fournier trouve un souffle faible et non prolongé au premier temps et à la base. Lorsque le cœur est tout à fait calme, je ne constate pas ce bruit anormal.

Les temporales se sentent très faiblement. Du côté des carotides et des axillaires, la pulsation est considérablement diminuée d'intensité. Le pouls se perçoit encore aux humérales ; mais il nous est tout à fait impossible de sentir les radiales, et les cubitales, surtout la droite, sont difficiles à trouver.

La crurale gauche (du côté de l'amputation) est certainement plus petite que celle de droite. Il y a une inégalité manifeste dans l'intensité de leurs battements. A droite même, ceux-ci ne se perçoivent bien que juste en regard du plan osseux formé par le bord antérieur de l'os iliaque. Ils sont certainement plus faibles que ceux de la radiale.

Les artères de la rétine doivent avoir, elles aussi, un calibre réduit, car le malade éprouve des troubles oculaires et quelques éblouissements, surtout après s'être livré à la lecture.

Conclusion. — Ce cas me paraît difficile à interpréter. Avec des lésions ayant de l'analogie avec celle de la gangrène symétrique des extrémités, je rencontre du côté de l'arbre artériel une particularité qui n'appartient pas à l'affection décrite par Maurice Raynaud. Si le spasme des vaisseaux joue réellement un rôle dans la pathogénie des accidents, si même la cessation momentanée du pouls de la radiale a été observée sur un des malades dont parle Raynaud dans l'article GANGRÈNE du nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie partiques* l'absence permanente du pouls n'a jamais été signalée.

De ce chef, le cas rapporté par moi s'éloigne donc beaucoup du type devenu classique de la gangrène symétrique.

Il n'est pas douteux que sur mon malade toutes les artères aient un calibre bien inférieur à celui qu'elles devraient avoir. La déformation des ongles de la main droite et surtout de l'ongle du médius, l'épaississement évident de l'épiderme autour de ces ongles sont des preuves d'un trouble trophique déjà notable du membre supérieur droit. A gauche, il n'y a rien. Peut-être même le cœur

participe-t-il à ce retrait ; en tout cas il n'est certainement pas hypertrophié.

Reste à savoir quelle est la nature de la lésion qui a déterminé le retrait de l'arbre artériel, et si ce retrait est congénital.

La congénitalité me semble peu probable étant donné que ce malade est resté vingt-neuf ans sans éprouver le moindre accident, et que, d'autre part, les battements des cubitales, nettement perceptibles, il y a trois à quatre mois, le sont à peine actuellement.

Comme ce malade n'est ni alcoolique, ni arthritique ; comme il est impossible de constater chez lui les signes ordinaires de l'athérome artériel, je suis disposé à croire, quelque neuve, quelque invraisemblable à certains égards que puisse sembler cette opinion, que son système artériel est frappé dans son ensemble d'une sclérose simple et que, probablement, cette sclérose n'est pas congénitale.

J'ai songé à l'influence possible d'une altération de la moelle, mais aucun signe n'autorise à admettre jusqu'ici un début de tabes. La nervosité extrême du sujet ne semble s'être développée que récemment et par suite des souffrances continues qu'il endure.

Voici un extrait d'une lettre qui m'a été adressée par M. le Dr Courtade (de Thiers) qui était alors interne dans mon service :

« C'est moi-même qui ai pratiqué l'amputation par le procédé circulaire, en présence de M. Reynier, le 4 janvier 1884.

« Tout marchait à souhait, lorsque, le 14 janvier, on aperçut sur la face antérieure du lambeau une desquamation épidermique, indice d'une gangrène commençante.

« Les sutures superficielles avaient été coupées quelques jours auparavant ; il n'y avait point de réunion.

« Les douleurs du moignon nécessitent la pulvérisation phéniquée comme la pratique mon cher maître M. Verneuil. Peu à peu la plaie de chaque fil est marquée par une petite ulcération qui ne dépasse pas le derme, mais qui persiste malgré tous les pansements antiseptiques ; celui qui réussit le mieux est le pansement boriqué. En juin, les ulcérations sont cicatrisées, mais il se forme un abcès qui retarde la sortie du malade jusqu'en septembre. Alors il va à Vincennes, marchant sur son moignon.

« Il revient, le 15 décembre, à cause d'une douleur du moignon qui était légèrement ulcéré.

« En pratiquant l'amputation, nous avons remarqué la gracilité des artères.

« La pièce a été présentée à la Société anatomique, mais l'observation n'a pas été envoyée.

« J'ai fait l'examen histologique de plusieurs parties du pied.

« L'artère pédieuse était complètement oblitérée, non par un caillot, mais par une endartérite proliférante probablement très ancienne, car le tissu était parfaitement organisé; il en est probablement de même des artères plantaires qui n'ont pas été examinées.

« Ces lésions sont surtout marquées dans les artérioles qui avoisinent l'ulcération.

« Je serais assez tenté de croire qu'il s'agit d'une endartérite généralisée développée sous une influence inconnue. »

Discussion.

M. Terrillon. L'observation de M. Le Dentu vient à l'appui de ce que j'ai dit moi-même.

Dans ces cas de sclérose artérielle, il y a des douleurs intolérables. Mais chez mon malade, il y a eu, en outre, une claudication intermittente. C'est un fait très intéressant dont M. Charcot a observé quelques cas, mais non suivis de gangrène.

M. Lannelongue. Je compte présenter à la Société une série de pièces provenant de mal de Pott, sur lesquelles j'ai trouvé une lésion peu signalée, et qui se rapproche de celles qu'on vient de citer.

Cette lésion consiste en un rétrécissement plus ou moins marqué de l'aorte, au-dessous du mal de Pott. Ce rétrécissement peut quelquefois atteindre un tiers ou même la moitié du calibre de l'artère. J'ai pu le constater en faisant des mensurations comparatives de l'aorte au niveau de sa crosse, au-dessus et au-dessous de l'altération vertébrale.

Les parois artérielles sont également altérées.

Il y a donc chez les sujets qui présentent ces lésions, gêne de la circulation des membres inférieurs, mais je n'ai jamais observé la gangrène. J'ai vu seulement de l'œdème, des plaques congestives livides et des troubles trophiques variables des membres inférieurs. L'auscultation donne, en outre, un bruit de souffle, au niveau de l'aorte, comme mon interne M. Comby a pu le constater.

Communication.

De l'extirpation des tumeurs du pharynx.

M. Verneuil. Dans une des précédentes séances, notre collègue

M. Monod est venu nous donner l'observation d'une ablation de tumeur pharyngienne pour laquelle il avait pratiqué la trachéotomie préventive.

Dans la discussion qui s'est élevée sur ce sujet, on a insisté sur la gravité des opérations qui se pratiquent sur le pharynx.

Ayant eu, il y a quelques semaines, à faire l'ablation d'un gros adénome du pharynx, je désire présenter quelques considérations sur ce sujet.

On attribue généralement les accidents qui se développent après l'ablation des tumeurs du pharynx à ce fait, que les matières qui se décomposent dans la bouche et dans le pharynx provoquent par leur pénétration dans les voies aériennes une sorte d'empoisonnement, d'où la pneumonie septique à laquelle succombent le plus souvent les opérés.

Partant de cette idée, on a pensé qu'il fallait intercepter la communication entre la bouche et les voies aériennes. On a fait alors la trachéotomie et le tamponnement du pharynx.

Mais je n'adopte pas cette étiologie. Sans contester la fréquence des affections du poumon, à la suite des maladies de l'œsophage, du pharynx, de la langue, je crois qu'elles sont dues à d'autres causes.

Il y a, en effet, des malades qui portent pendant très longtemps des tumeurs de ces régions donnant lieu à une décomposition putride, sans subir cet empoisonnement ou, du moins, sans avoir de pneumonie.

Avant que l'on songeât aucunement à faire l'antisepsie, l'ablation du maxillaire supérieur ne donnait en quelque sorte pas de mortalité. Au contraire, l'ablation du maxillaire inférieur a donné une mortalité considérable. Ce n'est donc pas la septicité par inspiration de l'air chargé de particules provenant de la décomposition des matières dans la bouche et le pharynx, qui donne lieu aux pneumonies.

On ne peut pas, cependant, contester la gravité des opérations qui portent sur le pharynx. Mais je trouve la cause de cette gravité dans ce fait que l'asepsie des plaies profondes, de celles du pharynx en particulier, est très difficile à obtenir.

La mortalité a beaucoup diminué depuis que l'on emploie l'iodoforme pour le pansement de ces plaies. Billroth a pu faire seize ou dix-huit opérations sans avoir un cas de mort.

Mais comment obtenir l'antisepsie? Je crois que le meilleur moyen est de rendre le foyer largement accessible aux antiseptiques.

Dans l'observation suivante, j'y suis parvenu en maintenant écarté le maxillaire inférieur que j'avais sectionné.

Observation. — *Adéno-myxome de la partie supérieure du pharynx. — Opération préliminaire: section médiane du voile du palais. — Un mois après, ablation de la tumeur. — Pansement antiseptique ouvert. — Alimentation insuffisante. — Broncho-pneumonie. — Mort.*

Servant (Jean), 49 ans, terrassier, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, n° 32, service de M. Verneuil, le 30 janvier 1886.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires notables.

De 27 à 29 ans, toux, amaigrissement, crachements de sang; depuis bonne santé, femme et 5 enfants bien portants. Pas de syphilis.

En janvier 1885, violentes douleurs de tête, surtout pendant la nuit; elles deviennent bientôt incessantes et se propagent à la moitié droite des deux maxillaires. Un médecin consulté prescrit le sulfate de quinine, des pilules antinévralgiques, fait arracher 5 dents; mais les douleurs ne font qu'augmenter et s'étendent à l'œil, à l'oreille, à la fosse nasale du côté droit; bientôt survient un peu de gêne de la respiration, augmentant de jour en jour. Vers la fin de novembre, douleurs dans la gorge, gêne de la mastication et de la déglutition, affaiblissement de l'ouïe à droite.

Amaigrissement qui devient rapide depuis le mois de janvier 1886.— Le 10 janvier, le médecin traitant constate la présence d'une tumeur pharyngienne,

A l'entrée, facies pâle, amaigrissement, état moral mauvais; rien aux poumons, au cœur, ni au foie; tube digestif en bon état; appétit conservé, selles régulières. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

L'ouïe est très affaiblie à droite; diplopie; pupille droite un peu dilatée; salivation exagérée lorsque les douleurs sont plus vives. Celles de la tête sont moins violentes qu'au début, mais celles de l'oreille continuent et augmentent de jour en jour.

Abaissement du voile du palais, surtout à droite. Le doigt, introduit derrière son bord libre, sent une tumeur dure, faisant corps avec la partie latérale droite du pharynx, du volume d'un œuf de poule, mais dont il est impossible d'atteindre la limite supérieure.

Rien à la langue ni au plancher de la bouche.

D'après le malade, la tumeur aurait grossi rapidement depuis le 10 janvier.

Bien qu'il y ait eu de la dyspnée, surtout la nuit, l'air passe librement dans les deux narines. Un peu d'anesthésie de la moitié droite de la face, de la muqueuse buccale correspondante et de la face inférieure du voile du palais. Pas de ganglions sous-maxillaires; les ganglions carotidiens paraissent plus volumineux à droite qu'à gauche.

M. Verneuil, pour se rendre mieux compte du volume et du siège de la tumeur, fait pratiquer, le 6, 7 et le 8 février, une pulvérisation avec la solution de cocaïne au 1/50e afin d'insensibiliser le voile, et fend celui-ci avec le thermo-cautère. Hémorrhagie insignifiante, mais douleur assez vive lorsque le thermo-cautère eut dépassé la muqueuse.

Le débridement fait voir une tumeur noirâtre et mollasse implantée sur la partie latérale droite du pharynx, et se continuant avec l'apophyse basilaire. M. Nepveu en examine quelques fragments au microscope : c'est un adéno-myxome.

Après l'opération, douleur vive dans la bouche et le pharynx. Gargarisme avec une solution de chloral à 1/100e, et pour calmer les douleurs de la gorge, de l'oreille et la céphalalgie, potion avec 3 grammes de bromure de potassium; injection de chlorhydrate de morphine de 1 centigramme.

Les jours suivants, il y a eu un peu de fièvre avec légère tuméfaction du voile du palais. Le 10 février, la température montait à 38°,4; le 12, elle atteignait 39° le soir et le matin; mais le 13, elle descendait à 37°.

Dès cette époque aussi, le malade ne se plaignait plus de douleurs aussi vives que celles qu'il avait ressenties après l'opération; il se trouvait dans le même état qu'avant l'intervention chirurgicale. Cependant, malgré une alimentation suffisante consistant en bouillons, potages, lait et œufs, viande hachée, l'amaigrissement faisait des progrès.

M. Verneuil se décida à pratiquer l'extirpation de la tumeur pharyngienne.

Le malade, après avoir été baigné et purgé, est opéré le 8 mars 1886.

Avant l'opération, la température est à 39°. Chloroforme.

Incision au thermo-cautère partant de la commissure labiale droite, descendant vers le bord inférieur de la mâchoire qu'elle suit jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur.

Dissection avec le thermo-cautère du lambeau circonscrit sans ouverture de la cavité buccale, puis ouverture de cette cavité.

Résection de la moitié droite du voile du palais; section avec la scie du maxillaire inférieur au niveau de la gouttière de l'artère faciale.

La tumeur, facilement accessible et visible, est saisie avec des pinces de Museux et attirée en bas, puis détachée de l'apophyse basilaire avec les doigts et la rugine mousse.

Résection de la paroi latérale droite du pharynx; mais auparavant, la pharyngienne inférieure, d'un calibre assez considérable, est saisie et coupée entre deux ligatures.

M. Verneuil place après l'opération (qui n'a donné lieu qu'à un fort minime écoulement sanguin) un tampon de gaze iodoformée dans la plaie pharyngienne jusqu'à l'apophyse basilaire. La plaie n'est point réunie. Pansement avec la mosaïque de gaze ordinaire trempée dans la solution phéniquée au 1/40e.

Après l'opération, le malade est très affaibli. On le laisse tranquille jusqu'au soir où une pulvérisation phéniquée d'une heure est faite sur la plaie largement ouverte. On introduit ensuite, mais avec difficulté et en luttant contre le malade, une sonde en caoutchouc rouge, par la narine gauche. On injecte dans l'estomac un demi-litre de lait.

Pendant la nuit, le malade retire la sonde. On lui donne alors un biberon avec lequel il s'alimente assez facilement.

Durant les trois jours qui suivent l'opération, le malade est toujours

faible et très affecté. La température oscille entre 36 et 37°. Des mucosités épaisses s'accumulent dans la bouche, et nécessitent trois ou quatre fois par jour le nettoyage de cette cavité avec une solution de chloral à 1/100e.

A partir du 11 mars, la température oscille entre 37 et 38° ; elle atteint 38°,6 le 16 mars; depuis cette époque jusqu'au 1er avril, elle oscille de nouveau entre 37 et 38°. Il y a donc apyrexie évidente.

A partir du 10 mars, on fait seulement deux pulvérisations par jour.

Le 16 mars, le tampon iodoformé placé sur l'apophyse basilaire, le jour de l'opération, est retiré et remplacé le lendemain par un autre plus petit.

Depuis le 26 mars, plus de tampon. Les pulvérisations sont toujours continuées le matin et le soir[1].

Le malade s'alimente avec du lait, du bouillon, des œufs, de la poudre de viande.

La plaie a toujours été fort belle depuis le jour de l'opération.

Le 23 mars, M. Verneuil constate une légère nécrose des deux extrémités du maxillaire sectionné.

Le 2 avril au soir, la température monte à 39°, ce qui tient à ce que le malade a refusé la pulvérisation, qu'il accuse de lui donner des maux de tête.

Les douleurs, quoique moins intenses depuis quelques jours, sont toujours assez vives dans l'oreille droite et la moitié correspondante de la face.

La pupille paraît encore un peu dilatée, mais moins qu'à l'entrée.

L'état général est resté le même depuis l'ablation de la tumeur ; le malade n'a pas maigri davantage.

5 *avril.* — Depuis trois ou quatre jours, le malade n'a pas été à la selle. Lavement le 5 avril au soir. 1 verre d'eau de Sedlitz pour le 6 avril au matin.

Pendant le mois d'avril, l'état s'améliora progressivement. La gaieté reparut. Les forces revinrent et le malade se leva et se promena dans la salle ; mais, du 1er au 10 mai, l'anorexie et la tristesse reparurent, bien qu'aucun symptôme morbide grave ne pût être constaté, l'affaiblissement augmenta de jour en jour et le patient s'éteignit le 11 au matin.

Autopsie le 12 *avril.* — Broncho-pneumonie à gauche, dans une petite étendue; dans la plèvre du même côté, épanchement séro-purulent d'un litre et demi environ; adhérences de formation récente. Un peu de congestion à la base du poumon. Pas de tubercules dans aucun organe. Tous les viscères étaient sains.

Aucune trace de tissu morbide dans la plaie ni dans la portion supérieure du pharynx, ni au voile du palais.

Nécrose limitée aux deux fragments du maxillaire inférieur. L'apophyse basilaire est dénudée, mais a été respectée par le néoplasme.

[1] Les bords de la plaie sont écartés et retenus avec des érignes pendant les pulvérisations qui arrivent ainsi jusque dans le pharynx.

La cavité cranienne étant ouverte et le cerveau enlevé, on remarque sur la face supérieure du corps du sphénoïde, dans la selle turcique, un peu à droite de la ligne médiane, un trou fait comme à l'emporte-pièce, de figure ovalaire et de la largeur d'une lentille. Une sonde de trousse ordinaire, introduite par cet orifice, traverse l'apophyse basilaire par un court trajet oblique en bas et en arrière. Aucune lésion dans la partie correspondante de l'encéphale, des méninges ni des sinus; pas de tissu morbide dans la cavité du crâne. La coupe du rocher n'a montré non plus rien d'anormal.

En résumé, me fondant sur ce que j'ai observé dans le cas que je viens de rapporter, je pose en principe qu'il y a lieu d'aborder par la voie la plus large les tumeurs du pharynx que l'on veut enlever, de laisser la porte ouverte, pour faire aussi exactement que possible l'antisepsie, enfin d'exercer une surveillance rigoureuse sur la plaie, pendant un temps suffisant, pour constater la récidive dès qu'elle apparaît, lorsqu'elle vient à se produire.

Discussion.

M. Tillaux. Je désirerais connaître quel était le volume de la tumeur enlevée par M. Verneuil et s'il existait un pédicule.

M. Verneuil. Le diamètre vertical de la tumeur était d'environ 8 centimètres sur 3 de largeur, et il n'y avait pas de pédicule.

M. Tillaux. Ce cas est exceptionnel. Les adéno-myxomes du pharynx, en général, ne présentent pas d'adhérences semblables à celles que M. Verneuil nous a signalées. Dans un cas de tumeur de ce genre, j'ai pu enlever la masse par une simple incision du voile du palais. L'énucléation en a été facile. L'usure du crâne constatée par M. Verneuil est un fait absolument anormal.

M. Monod. Il ne m'est pas possible, en ce moment, de faire connaître les documents que j'ai réunis sur ce sujet. Je compte ultérieurement les soumettre à la Société. Mais nous sommes d'accord sur les causes de la mort après l'ablation des tumeurs pharyngiennes : c'est la septicité. J'ai cru avec beaucoup de chirurgiens que cette septicité était pulmonaire. Mais peut-être cette explication a-t-elle été admise sans preuves suffisantes.

Je voudrais dire seulement, pour aujourd'hui, que la trachéotomie a pour but d'empêcher la pénétration des matières dans les voies aériennes, tout aussi bien que de permettre l'antisepsie. Mais si l'on ouvre une voie aussi large que l'a fait M. Verneuil, il est clair qu'on peut obtenir l'antisepsie sans trachéotomie. Je me demande seulement s'il n'est pas plus grave de faire une brèche

semblable que de pratiquer la trachéotomie. Si j'ai bien compris, le moral de l'opéré de M. Verneuil a été profondément affecté; il a paru se laisser mourir de faim. Chez ma malade, au contraire, la guérison a eu lieu en trois semaines, et c'est à la trachéotomie que j'attribue ce résultat.

Communication.

M. DE VALCOURT communique une observation de *bec-de-lièvre double* chez un enfant, guéri par l'opération. (Commission : MM. de Saint-Germain, M. Sée; Richelot, rapporteur.)

Présentation de malade.

M. DESPRÉS présente à la Société un malade atteint de fracture de la rotule, qu'il avait déjà montré dans une séance précédente. Malgré une chute faite le 12 mai, la fracture paraît aujourd'hui consolidée, sans écartement des fragments.

Présentation d'instrument.

Serre-nœud à serrage continu,

Par M. le Dr FORNÉ.

L'instrument présenté est un véritable serre-nœud. Il appartient à la famille nombreuse des instruments à branches entre-croisées. L'écartement et le rapprochement des branches sont réalisés par la manœuvre d'une vis à patte de violon. Le mouvement d'écartement a pour premier effet d'augmenter la courbure des branches antérieures, lesquelles tendent, à la façon des arcs, à se redresser et, par suite, à exercer une traction continue sur les chefs du nœud.

Dans le mouvement de rapprochement des branches, les chefs du lien constricteur se relâchent, et c'est ici qu'intervient la manœuvre d'un axe mobile situé au point d'entre-croisement des branches, axe portant une roue dentée et terminé en avant par une poignée sous forme de taquet. J'ai donné à cet axe mobile le nom de treuil-taquet, pour indiquer sa double fonction d'organe d'enroulement, comme le treuil, et d'organe de fixation, comme le taquet.

Grâce à la manœuvre successive de la vis et du treuil-taquet, on peut obtenir la ligature temporaire ou permanente d'une tumeur.

Le nœud peut être fait d'avance et l'anneau constricteur peut être disposé soit verticalement, soit horizontalement, de telle sorte que le serre-nœud est aussi un porte-nœud.

Présentation de malade.

M. Terrillon présente une malade à laquelle il a pratiqué avec succès l'*ablation des deux ovaires et des deux trompes.*

Hystérie. — Névralgie des deux ovaires. — Congestions avec hémorrhagies abondantes de l'utérus. — Cachexie. — Ablation des deux trompes et des deux ovaires. — Guérison,

Par le Dr Terrillon.

La malade que je désire présenter devant la Société est un exemple intéressant de l'action curative résultant de l'ablation des annexes de l'utérus.

On sait que cette ablation reconnaît plusieurs indications, entre autres le plus fréquemment les corps fibreux hémorrhagiques. Mais il est une indication, moins acceptée et plus discutable, qui est l'état de souffrance des ovaires et de l'utérus.

L'exemple fourni par ma malade me semble très net et très probant. Il prouve qu'en présence de l'impuissance des moyens médicaux pour soulager ces malades il est utile de recourir à l'opération de Battey.

Anne Desvergues, âgée de 49 ans, entrée le 27 avril 1886, salle Lallemand, lit n° 4.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection chronique de l'estomac, très nerveux, très irascible; mère morte à 75 ans d'une fluxion de poitrine, au bout de 5 jours de maladie.

Deux sœurs, dont l'une morte en 1870, de la variole, toutes deux très nerveuses. Pas d'attaques.

Deux frères, dont l'un est nerveux.

Dans les antécédents personnels de la malade, on n'a rien à noter dans la première enfance ; pas de fièvres éruptives, pas de gourmes.

Réglée à 14 ans régulièrement, à l'âge de 15 ans, la malade a souffert de l'estomac; palpitations, décoloration des tissus, chlorose; a été longue à se remettre, 15 mois au moins.

Mariée à 21 ans, quatre grossesses, jamais de fausse couche : pre-

mière grossesse, à l'âge de 22 ans ; deuxième grossesse, à l'âge de 23 ans, troisième grossesse, à l'âge de 24 ans.

Ces trois premières grossesses ont été bonnes, les suites de couches régulières, l'accouchement simple.

A 25 ans, la malade a la variole. Deux mois de maladie environ, y compris la convalescence.

C'est alors qu'apparaissent des crises nerveuses, revenant trois ou quatre fois par mois. La durée de chacune était d'une heure, d'une heure et demie. La malade perdait connaissance. Les extrémités devenaient froides. Le visage se cyanosait. Jamais d'écume aux lèvres.

Quand la malade revenait à elle, elle accusait une douleur vive au niveau de l'épigastre et au-dessous du mamelon droit.

En même temps, la période menstruelle se prolonge; la durée atteint 12-15 jours. La quantité de sang perdue, au dire de la malade, est très considérable.

Les douleurs s'accentuent. Elles sont surtout marquées dans le bas-ventre, les reins, le haut des cuisses, à l'approche des métrorrhagies. Repos au lit, ferrugineux. Ergotine. Neuf années se passent, pendant lesquelles, si les douleurs et les pertes continuent, l'état s'améliore quelque peu.

La malade devient grosse pour la quatrième fois. Travail prolongé, 48 heures. Accouchement normal. L'enfant, né vivant, meurt quinze jours après. Retour de couches à trois mois de là.

Depuis ce moment, les métrorrhagies se rétablissent. La malade est presque toujours « dans le sang ». Même traitement.

Enfin en novembre 1885, la malade entre à l'hôpital, dans le service du docteur Joffroy, où l'on constate :

État de maigreur considérable, teinte jaune, presque cachectique, décoloration des muqueuses. Perte de l'appétit. Palpitations.

La malade accuse des douleurs très vives, surtout à la pression dans la région des deux ovaires, surtout à gauche. Irradiation dans les reins, les cuisses. Rien au cœur. Rien aux poumons. Hémianesthésie à droite.

Par le toucher vaginal, on rencontre un col gros, volumineux, dur, irrégulier, couvert de cicatrices. Pas d'ulcérations. Pertes abondantes, sans odeur. Pas d'hydrorrhée. L'utérus est mobile.

Dans le cul-de-sac postérieur, on perçoit la présence d'une petite masse dure et résistante; peut-être un corps fibreux ? On conclut cependant à de la métrite du col.

Peu de jours après son entrée, la malade a une crise douloureuse plus violente encore. Ballonnement du ventre. Vomissements par deux fois. Vésicatoires. Pas de soulagement.

On fait alors l'application d'aimants. Au bout de peu de jours tout se calme, la métrorrhagie cesse, puis bientôt disparaît. L'hémianesthésie disparaît, elle aussi.

Bientôt la malade recouvre l'appétit, se colore un peu, les forces reviennent. Cette femme se lève, marche et demande à descendre au jardin. Au bout de trois mois, elle est si améliorée qu'on peut penser à la renvoyer ; on la considère comme guérie.

Mais la métrorrhagie réapparaît au commencement d'avril ; elle prend des proportions inquiétantes. Amaigrissement. Perte de forces. Teinte jaune, cachectique.

Son état général est si mauvais, et la marche si rapide que l'on pense à une néoplasie. Cependant il n'y a pas d'écoulement sanieux, ni de pertes odorantes.

Traitement interne approprié. Injections d'eau chaude, donnant un bon résultat. Néanmoins cet état, où les douleurs et les pertes dominent, ne cesse qu'au bout de quinze jours.

25 *avril*. Passage en chirurgie. Chez cette femme, profondément anémiée, on constate :

Du côté de l'abdomen, une douleur vive, marquée à la pression surtout dans la partie gauche du bas-ventre. L'abdomen, couvert de vergetures, est souple, dépressible, mais très douloureux.

Par le toucher, le col est un peu gros, irrégulier, cicatriciel, non douloureux, mobile. Rien dans les culs-de-sac. Le gauche est douloureux.

A l'hystéromètre, on trouve que de la cavité de l'utérus ne sortent ni sang, ni mucus. L'orifice interne est un peu difficile à franchir. Hauteur de la cavité, 7 centimètres et demi. La direction est normale. Un peu d'antéflexion. La castration est proposée.

Opération le 1er mai, par M. Terrillon, en présence de MM. Monod et Schwartz. Durée totale, 20 minutes. Température avant l'opération, 36°,6.

Incision de 8 centimètres sur la ligne médiane. Les parois sont assez épaisses. La cavité péritonéale est ouverte. On rencontre l'épiploon, chargé de graisse, qu'il est assez difficile de refouler par en haut. On saisit facilement l'ovaire gauche et sa trompe. Ligature simple. Section.

Il est fait de même pour le côté droit. La trompe de ce côté, présente un petit kyste pédiculé du volume d'un pois. L'utérus est exploré ; il ne présente rien d'anormal. Nettoyage du péritoine. Fermeture de la plaie : cinq sutures profondes, trois superficielles.

Pansement de Lister.

	Température.	Pouls.	
1er jour, midi....	37°,4	92	Champagne. Urine claire. Cathétérisme.
— soir.....	37,6	100	Urine seule. Ne dort pas. Douleurs dans le ventre.
2e jour, matin...	37,8	100	Urine seule. Crache du sang. Pince à langue.
— soir.....	37,8		Injection de morphine. Nuit calme.
3e jour, matin...	37,2	96	Gaz par l'anus. Frisson léger.
— soir.....	37,2	92	Injections. Gargouillements. Nuit assez bonne.
4e jour, matin...	37,4	88	Lavement glycériné. Garde-robe liquide. Émission abondante de gaz. Potage.

	Température.	Pouls.	
4e jour, soir.....	37,2	76	Demi-injection.
5e jour, matin...	37	»	Rien.
— soir.....	37,2	»	
6e jour, matin...	36,6	»	Rien.
— soir.....	37	»	
7e jour, matin...	36,4	»	Ablation des fils. Réunion par première intention. Nouveau pansement.

Dans les jours qui suivent, rien à noter que la disparition des douleurs qui jusque-là tourmentaient la malade.

17 *mai*. Un petit abcès, formé au niveau d'un point de suture, est ouvert; drain; tube debout.

20 *mai*. Ouverture du 2e abcès. Quelques gouttes de pus.

Depuis cette époque, la malade qui est sortie de l'hospice de la Salpêtrière le 27 mai, jouit d'une excellente santé. L'appétit a repris, et la malade a engraissé de dix livres.

Toutes les douleurs ont disparu, ainsi que l'écoulement sanguin. La teinte cachectique a cédé la place à une teinte de bonne apparence à la face.

En un mot, cette femme se considère comme ressuscitée et comme ayant changé complètement d'existence depuis son opération.

Présentation de pièces.

M. Delorme présente le crâne et l'encéphale d'un soldat mort à l'hôpital Saint-Martin et remet l'observation intitulée : *Fracture étendue de la région temporale droite. Compression du cerveau par un vaste épanchement sanguin extra-dure-mérien de toute la zone décollable de la dure-mère de ce côté. Absence des symptômes habituels, classiques, de la compression. Mort. Autopsie.*

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 23 juin 1886.

Présidence de M. Lannelongue, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le 5e fascicule du tome XII des *Bulletins et mémoires* de notre Société ;

3° *Malignant Disease of the rectum treated by excision and colotomy*, par E. Fenwick, professeur de chirurgie à l'Université Mac Hill à Montréal (Canada) ;

4° *Luxation de la rotule externe, complète, verticale*, par le Dr V. Faucon, de Lille (commissaire, M. Kirmisson) ;

5° M. Millot-Carpentier, de Montécouvez (Nord), demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société ; il envoie la deuxième partie de ses *Notes chirurgicales d'un médecin de campagne ;*

6° Un *cas de rupture complète du canal de l'urèthre consécutive à une chute à califourchon*. Guérison radicale ; par M. le Dr C. Auffret, professeur et médecin en chef de la marine à l'École de Brest (commissaire, M. Tillaux).

A propos du procès-verbal.

M. Verneuil. Je désire répondre aux quelques réflexions faites dans la dernière séance, par M. Monod, à propos de l'observation d'ablation de tumeur du pharynx que j'ai communiquée. M. Monod a pensé que j'avais dû faire de grands délabrements ; mais j'ai seulement sectionné la mâchoire inférieure, sur la ligne médiane, alors que lui-même avait fait la résection. Chez mon malade, il n'y avait, au bout de huit jours, qu'une plaie linéaire. Elle suffisait pour constituer une porte ouverte et me permettre de surveiller le pharynx ; mais si le malade eût guéri, il n'y eût pas eu de difformité.

M. Terrier. Dans une des précédentes séances de la Société, à propos d'une communication de M. Lannelongue, j'ai fait des réserves sur un point de pathologie comparée, point que notre collègue paraissait avoir élucidé : il s'agissait de l'existence de l'*ostéomyélite infectieuse* chez les animaux.

Pour M. Lannelongue, cette maladie semblait s'être développée chez un de ses jeunes chevaux, et avoir entraîné la mort par infection purulente. Or, cette terminaison est relativement rare dans l'ostéomyélite infectieuse, et ce sont les phénomènes septiques qui prédominent, au moins chez l'homme.

De plus, après des recherches chez les auteurs vétérinaires, et après m'être renseigné auprès des vétérinaires compétents, entre autres MM. Chuchu, ancien chef de service à l'École d'Alfort; Raymond, agrégé à la Faculté de médecine des hôpitaux et ancien chef de service d'Alfort, et enfin Nocart, professeur à l'École d'Alfort, j'ai acquis la certitude que, chez les animaux jeunes, on n'avait pas encore rencontré et décrit une ostéomyélite septique comparable à celle de l'homme.

On s'explique d'ailleurs de cette façon la difficulté qu'ont rencontrée les expérimentateurs pour déterminer chez les animaux une ostéomyélite septique par inoculation.

En résumé, jusqu'à ce jour et contre l'assertion de M. Lannelongue, l'ostéomyélite septique, d'origine microbienne, est inconnue en pathologie vétérinaire, proposition que j'avais soutenue lors de la lecture du travail de notre collègue sur les portes d'entrée probables de l'ostéomyélite chez l'homme.

Discussion.

M. Lannelongue. Dans une conversation que j'ai eue avec lui, M. Nocart n'a pas été aussi affirmatif sur la non-existence de l'ostéomyélite chez les animaux. Les vétérinaires, en effet, décrivent la carie osseuse du pied du cheval. C'est une affection très aiguë, qui paraît se rapprocher beaucoup de l'ostéomyélite. D'ailleurs, je n'attache pas d'importance à l'existence de cette affection chez le cheval. Ma communication visait son développement chez l'homme.

M. Terrier. Il m'a paru néanmoins intéressant d'établir ce fait, à savoir s'il existe chez les animaux, et en particulier chez le cheval, une ostéomyélite. J'avais dit, dans une précédente séance, que je croyais cette affection inconnue en médecine vétérinaire. Depuis j'ai consulté les auteurs et je me suis renseigné. Or, il résulte de tous les documents que j'ai réunis que, du moins jusqu'ici, l'ostéomyélite n'est pas décrite par les vétérinaires.

Communication.

Des courbures et rétrécissements aortiques dans le mal de Pott,

par M. Lannelongue.

Les déviations imposées à l'aorte par les déformations osseuses qui caractérisent le mal de Pott sont antérieures ou latérales, ou bien à la fois latérales et antéro-postérieures.

Les *déviations latérales* relèvent d'une modification dans la direction de l'axe vertical de la colonne vertébrale. D'habitude, c'est le tronçon supérieur, c'est-à-dire le segment placé au-dessus de la partie détruite qui est porté d'un côté ou de l'autre, plus souvent à droite qu'à gauche. Par suite de ce déplacement, l'aorte se rapproche de la gouttière vertébrale latérale, sans, pour cela, s'enfoncer dans la gouttière elle-même ; elle est d'ailleurs fréquemment soulevée par des produits néoplasiques ou par des poches d'abcès.

Aussi les courbures latérales ne sont-elles pas considérables, ou du moins elles attirent peu l'attention.

Il n'en est pas de même des *courbures antéro-postérieures*. Celles-ci peuvent être énormes et portées au point que l'aorte décrit une S à branches très courtes et rapprochées parfois jusqu'au contact.

Ces dernières courbures sont souvent combinées avec une déviation latérale ; elles ne sont pas rigoureusement antéro-postérieures ; je veux dire par là que l'aorte ne plonge pas directement dans le creux ou dans l'angle rentrant de la gibbosité. Si on suit le vaisseau de haut en bas, on le voit se dévier latéralement d'abord, puis changer brusquement de direction et se diriger d'avant en arrière vers l'angle rentrant, puis enfin suivre un trajet inverse.

Le récit sommaire de cinq observations anatomo-pathologiques personnelles mettra mieux en lumière la manière d'être de ces courbures, ainsi que les modifications de calibre qui en dépendent.

Observation I. — *Mal de Pott dorsal chez un petit garçon de 2 ans et demi, mort de méningite tuberculeuse en avril 1884.*

L'autopsie montre qu'il existe un abcès en regard de la lésion osseuse.

Au niveau de cet abcès, l'aorte adhère à sa paroi. L'existence de la gibbosité a déterminé dans ce vaisseau un changement de calibre et de direction tout à fait remarquable.

L'aorte thoracique suit, comme à l'état normal, la colonne vertébrale qui la soutient ; parvenue à l'angle de la gibbosité, cette aorte devient sinueuse, et dans une étendue de 4 à 5 centimètres, elle décrit une

courbure en S courte, qui est le résultat de cette inflexion et de l'adhérence de l'aorte à la poche; puis sur la colonne lombaire, l'aorte reprend sa direction rectiligne.

Mais du fait même de la courbure et de l'inflexion aortique que je viens de signaler, il résulte que ce vaisseau a subi un aplatissement au niveau de la gibbosité; il était en quelque sorte enserré dans l'angle des deux tronçons vertébraux.

Au-dessus de la courbure, l'aorte présente une notable augmentation de calibre; au-dessous elle est très rétrécie. Les chiffres suivants permettront d'en juger.

	m/m
Calibre de la crosse aortique avant la naissance du tronc brachio-céphalique	16
Calibre de l'aorte thoracique au-dessous de l'origine des carotides	12,5
Calibre de l'aorte immédiatement au-dessus de la gibbosité (9e dorsale)	12
Calibre de l'aorte immédiatement au-dessous du mal de Pott (2e lombaire)	8,5
Calibre de l'aorte immédiatement avant sa bifurcation	7,5

J'ai déjà signalé et figuré ces modifications de calibre. (Voir art. Vertèbres, p. 200, fig. 42, du *Dict. Jaccoud.*)

Obs. II. — *Mal de Pott dorsal inférieur chez un garçon de* 10 *ans et demi, mort en décembre* 1883.

Il existe un petit abcès en regard du foyer.

La ligne des vertèbres dorsales est interrompue au niveau du corps de la huitième vertèbre dorsale environ, et là, le corps de cette vertèbre n'est séparé de celui de la dernière dorsale et de la première lombaire que par un angle qui les empêche de se toucher; tous les corps vertébraux intermédiaires sont refoulés en arrière.

L'aorte décrit dans le fond de cet angle une courbure en S tellement marquée et si courte que la portion thoracique et la portion lombaire arrivent au contact (voir même publication, p. 200, fig. 41); il devait y avoir là un obstacle à la circulation aortique.

Obs. III. — *Mal de Pott dorsal chez une fille de 4 ans; petit abcès médian et latéral.*

La gibbosité est considérable et constituée par 6 ou 7 vertèbres. Le point culminant de la gibbosité correspond à la 6e dorsale. Lorsqu'on a disséqué la pièce, on remarque qu'il existe un angle ouvert à la face antérieure des corps vertébraux.

Les deux limites de cet angle sont constituées, en haut, par les 3e, 4e et 5e corps vertébraux dorsaux qui se dirigent en arrière, en bas par les 7e, 8e et 9e dorsales qui se dirigent aussi en arrière.

Dans cet angle se trouve l'aorte, qui suit exactement les tronçons

vertébraux; au niveau de l'angle, elle a subi une petite déviation latérale et elle présente un aspect plissé, résultant de ce qu'elle adhère à ce niveau à la poche de l'abcès déjà signalé.

Obs. IV. — *Mal de Pott dorso-lombaire chez une fille de 4 ans, morte le* 5 *février* 1885; *deux abcès symptomatiques.*

La gibbosité décrit une courbe arrondie formée par les apophyses épineuses de cinq vertèbres; la portion culminante correspond à l'apophyse de la première lombaire.

L'aorte décrit une légère courbure à concavité latérale et adhère par sa face postérieure à un tissu lardacé qui la sépare des vertèbres malades. Plus bas ce vaisseau se bifurque. L'artère iliaque interne et surtout l'externe sont reçues dans une gouttière qui adhère à une poche d'abcès qui remplit la fosse iliaque; cette adhérence se continue jusqu'au ligament de Fallope.

Obs. V. — *Mal de Pott dorsal chez un garçon de* 3 *ans, mort le* 10 *février* 1885; *abcès symptomatique; adhérence de l'aorte et plicature de ce vaisseau.*

La gibbosité est formée par les apophyses épineuses des cinq dernières vertèbres dorsales.

L'aorte, à partir de la crosse, se place sur la partie latérale gauche de la colonne dorsale, et au niveau du mal de Pott elle occupe cette position; puis elle reprend insensiblement sa position médiane vers le corps de la première vertèbre lombaire. Elle décrit donc une concavité légèrement tournée à gauche. Mais la courbure antéro-postérieure de l'aorte est beaucoup plus considérable.

Lorsqu'on imprime à la gibbosité l'inflexion qu'elle devait avoir sur le vivant, l'aorte montre une plicature profonde, transversale, correspondant à la dépression de la gibbosité. Cette dépression transversale porte sur la paroi antéro-latérale du vaisseau, qui paraît comme amincie; il semblerait qu'il y ait eu une interruption dans les tuniques. On comprend d'autant mieux cette plicature que l'aorte adhère par sa face postérieure à une poche médiane qui existe au niveau du mal de Pott; la veine cave n'offre rien d'anormal.

En résumé, nous voyons par les observations que l'aorte subit diverses modifications du fait de la gibbosité du mal de Pott. Tantôt c'est une simple courbure (obs. IV), tantôt une courbure extrême, au point que les deux segments artériels se touchent (obs. II). Parfois le vaisseau se plisse et décrit des sinuosités (obs. III); parfois encore à ces modifications s'ajoute un amincissement d'une portion de la paroi (obs. V); enfin son calibre peut présenter un curieux contraste au-dessus et au-dessous de l'angle de la courbure (obs. I).

Dans tous les cas, l'artère était assez fortement adhérente soit aux tissus néoplasiques, soit à des abcès prévertébraux.

On comprend par l'examen de ces pièces qu'un obstacle incomplet, mais certain à la circulation aortique a dû exister du fait des courbures et des rétrécissements de ce vaisseau.

Peut-être ce trouble circulatoire doit-il entrer en ligne de compte pour expliquer certains phénomènes vagues : congestion des membres, parésies, etc., qui s'observent dans le cours du mal de Pott. Je n'ai jamais observé de gangrène même limitée du côté des membres inférieurs, ce qui semble indiquer que l'interruption circulatoire n'existe jamais. Mais je suis porté à penser qu'un certain nombre de troubles congestifs, peut-être même l'œdème, sont dus à une circulation aortique moindre au-dessous de la gibbosité. Certaines parésies passagères sont peut-être aussi dues à cette cause ; on voit en effet dans le mal de Pott des formes de paralysie de nature très différente. Certains petits sujets présentent un affaiblissement progressif et, dans d'autres circonstances, des troubles paralytiques plus prononcés survenant plus ou moins brusquement, qu'on n'explique pas toujours par la déformation du mal de Pott. Ces phénomènes sont parfois passagers durant huit, dix jours ou plus longtemps, puis ils disparaissent.

On peut se demander si un trouble circulatoire passager n'en serait pas la cause.

Quoi qu'il en soit, les courbures aortiques constituent dans quelques cas un obstacle réel à la circulation de ce vaisseau, et on y observe un bruit de souffle qui en témoigne. Ce bruit de souffle est perçu au stéthoscope sur la paroi abdominale, sur la ligne médiane au voisinage de l'ombilic.

Enfin une autre conséquence du rétrécissement aortique est la dilatation du cœur; sur un cadavre, nous avons rencontré une hypertrophie très manifeste avec dilatation des cavités du cœur.

Les modifications aortiques du mal de Pott ont très peu attiré l'attention ; il faut même faire des recherches bibliographiques assez considérables pour trouver des faits qui s'y rapportent. J'en ai seulement découvert deux, mentionnés d'une manière sommaire dans l'article Vertèbres, auquel j'ai fait déjà allusion.

Le premier de ces faits, dû à J. Goodhart, est relatif à un mal de Pott dorso-lombaire chez une petite fille de 7 ans, compliqué d'abcès. L'auteur anglais s'exprime à peu près en ces termes :

« L'aorte était prise dans une courbure angulaire, curieusement tordue ; on ne pouvait l'ouvrir avec des ciseaux, car les parois étaient invaginées. »

Goodhart a vu aussi que le cœur était dilaté, en particulier le ventricule gauche.

Tayge, d'après le même auteur, a signalé un cas de mal de Pott dans lequel l'aorte était tordue; en même temps, les valvules aortiques étaient le siège d'ulcérations; le cœur était dilaté comme dans le cas précédent.

Comme on le voit, les auteurs ont cherché surtout dans ces torsions de l'aorte une influence capable d'amener des altérations cardiaques secondaires; c'est, il est vrai, un point de vue intéressant, mais dans lequel disparaît en quelque sorte le mal de Pott.

Suite de la discussion sur l'uréthrotomie interne.

M. Terrier. J'ai demandé la parole dans cette discussion, ce n'est pas pour tenter un essai de comparaison entre l'uréthrotomie interne et les autres méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Pour mon compte, je crois la question résolue, et toutes les fois que la dilatation ne peut être pratiquée sans faire naître des accidents, je fais systématiquement l'uréthrotomie interne. Aux observations que j'ai déjà rapportées à la Société, je puis en ajouter deux autres toutes récentes qui, elles aussi, m'ont donné deux succès dans des cas fort difficiles.

Le point sur lequel je veux appeler l'attention de mes collègues, est tout à fait spécial et a trait à l'emploi des antiseptiques dans la préparation des malades auxquels je dois faire l'uréthrotomie interne et, en généralisant, une opération sur les voies urinaires : vessie ou urèthre.

Depuis longtemps déjà, et en particulier depuis les trois années que je suis chirurgien de Bichat, j'ai l'habitude, toutes les fois qu'il s'agit de pratiquer une opération sur les voies urinaires, d'utiliser la méthode antiseptique.

Mes instruments sont trempés dans la solution phéniquée forte, les sondes sont plongées dans la solution d'acide borique, enfin toutes les fois qu'il s'agit de pénétrer dans l'urèthre, j'ai l'habitude d'enduire les instruments de vaseline au bichlorure de mercure (au millième).

Indépendamment de cette antisepsie applicable aux instruments et que je fais rigoureusement lorsque je pratique l'uréthrotomie interne, il en est une autre qui a pour but l'obtention de l'antisepsie vésicale.

Lorsque j'en ai dit un mot à quelques-uns de mes collègues, ils m'ont accueilli par des sourires d'incrédulité, je vais donc exposer la méthode que j'utilise et j'espère les convertir, ou au moins leur faire accepter la possibilité du fait que j'ai avancé.

Tout d'abord j'essayai l'administration de l'acide borique par les

voies digestives, mais son peu de solubilité me fit renoncer à son emploi, de plus j'acquis la certitude qu'il était éliminé à l'état de borate de soude, après les recherches de mon ami M. Patein, pharmacien en chef de Bichat.

Je préférai donc l'emploi du biborate de soude ou borax ($NaOBoO^3$, 10 HO). La solubilité de ce sel a été étudiée par M. Jolly (*Académie des sciences*, 12 janvier 1885), et à 11, 16 ou 20°, 1 litre d'eau peut dissoudre 33gr, 99, 42gr, 78 et 57gr, 49 de borax. Ces proportions sont faibles, et par l'emploi de la glycérine on pourrait les augmenter ; toutefois elles me paraissent suffisantes pour l'action qu'on cherche à obtenir.

Un malade peut facilement prendre, et sans l'ombre d'accident, 15 à 17gr, 30 de borax dans les vingt-quatre heures, soit 5gr,50 à 6gr, 50 d'acide borique.

L'expérience en vient d'être encore faite dans mon service. Or, à cette dose, l'acide borique se retrouve très facilement dans les urines, comme l'a maintes fois constaté mon ami M. Patein. Et cette élimination est tellement intense que les parois des bocaux contenant les urines sont tapissées de cristaux d'acide borique.

Mais, fait intéressant, malgré cette proportion extrême de borax, les urines restent acides, et de plus elles ne subissent plus la fermentation ammoniacale, comme nous l'avons constaté, M. Patein et moi.

Enfin, j'ajouterai que si l'élimination du borax se fait très rapidement et en grande quantité dès le jour de l'administration du médicament, cette élimination continue les jours qui suivent, malgré la cessation de toute ingestion de borax, et le 18 juin, un malade qui avait cessé tout traitement le 12 présentait encore dans ses urines une très notable proportion d'acide borique. Je résumerai, messieurs, cette petite note en disant :

1° Que les précautions antiseptiques appliquées aux sondes et aux instruments doivent toujours être utilisées dans les manœuvres de l'uréthrotomie interne, comme d'ailleurs dans toutes les autres manœuvres sur les voies urinaires ;

2° Que l'usage des préparations boriques données à l'intérieur et éliminées par les urines donne à celles-ci des propriétés antiseptiques précieuses, qu'il faut utiliser aussi, toutes les fois qu'on doit faire une opération sur l'urèthre.

Discussion sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Réplique.

M. Le Dentu. Je ne m'attendais pas, en faisant ma communication, à provoquer une discussion sur la valeur de l'uréthrotomie

comparée à la dilatation graduelle. En tout cas, tel n'était pas mon but, car j'ai eu soin de dire que je considérais la dilatation comme la méthode par excellence des rétrécissements de l'urèthre et que je ne recourais à la section de ces rétrécissements ou à leur dilatation brusque au moyen de la divulsion que dans des cas exceptionnels, alors que la dilatation était difficile, impossible ou dangereuse.

La question que je me proposais de résoudre est celle-ci :

L'uréthrotomie, interne ou externe, est-elle la seule méthode applicable au traitement des rétrécissements contre lesquels la dilatation se montre impuissante ?

Ce n'est pas sous cette forme que la question de l'uréthrotomie a été posée par Dolbeau, devant la Société de chirurgie, en 1863, et qu'elle a été discutée à fond pendant le cours de cette année et deux ans plus tard, en 1865.

Il s'agissait alors de faire accepter cette opération non pas nouvelle, mais renouvelée au point de vue de l'instrumentation. Il s'agissait de lutter contre une opinion clinique, trop répandue alors et féconde en déboires, qui consistait à considérer la dilatation comme inoffensive et suffisante dans tous ou presque tous les cas. Il s'agissait d'en établir le degré de gravité et d'en poser les indications sur des bases plus fixes. Tandis que Velpeau, Morel-Lavallée, Voillemier, M. Guérin, se faisaient les défenseurs ardents de la méthode non sanglante, MM. Dolbeau, Trélat, Perrin se posaient en champions décidés de la section des rétrécissements et cherchaient à en établir les risques par des statistiques d'une valeur incontestable. M. Trélat arrivait à une mortalité de 6 0/0, tandis que M. Perrin, par une interprétation un peu différente des faits et par l'adjonction de ses cas personnels, faisait tomber la mortalité à 3 0/0.

En fin de compte, l'uréthrotomie interne eut gain de cause, malgré les attaques vives de ses adversaires et les accidents graves présentés par cinq ou six malades de la série des 36 cas communiqués par Dolbeau, sans compter un cas de mort.

Depuis 1865, la question n'a pas été remise en discussion dans notre Société. Dois-je regretter de l'avoir soulevée de nouveau incidemment, sans le vouloir, puisque je voulais avant tout avoir votre opinion sur la valeur de la divulsion ?

Non certes, car aujourd'hui cette question se présente sous un aspect notablement différent. Sauf M. Le Fort, qui applique à tous les cas sa méthode de dilatation immédiate progressive, sauf MM. Le Fort et Després, qui rejettent entièrement l'uréthrotomie interne, nous admettons tous que la dilatation lente progressive est le traitement par excellence des rétrécissements, mais que

dans les cas où la dilatation échoue ou provoque des accidents, elle doit appeler à son aide un procédé plus rapide. Nous admettons aussi que d'une manière générale l'uréthrotomie interne est une opération bénigne, que la mortalité en est très faible, que les accidents septiques qu'elle provoquait jadis ont beaucoup diminué de fréquence et de gravité ; et j'ajouterai : « Ce qui prouve que je la considère avec vous comme une bonne opération, c'est que je l'ai pratiquée à peu près aussi souvent que la divulsion, et que je persiste à n'avoir contre elle aucun parti pris. »

Les autres points sur lesquels la discussion actuelle diffère de celles de 1863 et de 1865 sont les suivants :

Dolbeau employait l'uréthrotome à olive, Reybard préconisait le sien, mais prêchait dans le désert, plusieurs chirurgiens se servaient de l'instrument de Maisonneuve, M. Trélat présentait un uréthrotome de son invention, puis plus tard Beyran et Voillemier prônaient de nouveaux instruments.

Il doit donc y avoir désaccord dans le choix de l'instrument, et par conséquent on discutait sur des uréthrotomies internes très différentes les unes des autres, attendu que les unes étaient de simples scarifications et les autres consistaient dans des incisions profondes.

Aujourd'hui, sauf M. Horteloup, qui a son uréthrotome spécial (j'ignore si M. Trélat se sert toujours du sien), nous employons tous celui de Maisonneuve, et peut-être toujours la lame moyenne. C'est également celui auquel a recours M. Guyon dans les nombreuses uréthrotomies internes rapportées par ses élèves.

En second lieu, tandis que la généralité des uréthrotomistes d'il y a vingt-cinq ans reprenaient la dilatation après l'uréthrotomie, M. Perrin rejetait comme inutile cette dilatation ultérieure. J'ignore si notre honorable collègue a persisté dans sa pratique d'alors, mais la discussion actuelle a mis en relief un accord unanime relativement à l'insuffisance de l'uréthrotomie, si le passage méthodique de bougies ne complète pas le résultat obtenu.

Nous ne sommes plus guère partagés que sur deux points relativement secondaires : à savoir la nécessité ou l'inutilité de la sonde à demeure et le moment où doit être commencée la dilatation ultérieure.

Je persiste à croire qu'il est mauvais de la commencer avant que la plaie uréthrale soit cicatrisée, et qu'on obtient un résultat d'autant meilleur, d'autant plus durable, qu'on agit sur un canal où toute trace d'inflammation a disparu.

Une dilatation trop précoce fait saigner la plaie, détermine de l'inflammation accompagnée de fièvre dans quelques cas et laisse à sa suite une irritation qui favorise certainement la récidive.

Un certain désaccord s'est révélé également relativement aux causes de la mort. J'ai beau envisager la question sous toutes ses faces, j'ai beau faire la part la plus large à la septicémie dans les accidents observés autrefois et devenus rares actuellement, je ne puis renoncer à l'idée qu'il existe une corrélation intime entre les accidents graves ou mortels et des lésions rénales préexistantes.

Cette corrélation est ordinairement prouvée par les autopsies où on se donne la peine de la chercher. Elle est évidente dans les quatre cas que j'ai rapportés; elle n'est pas moins nette dans le fait que M. Berger nous a communiqué en 1878. Sur un malade mort rapidement à la suite d'une uréthrotomie interne, il existait une double néphrite interstitielle suppurative.

Je ne puis donc me rallier à l'opinion inverse formulée par M. Trélat, à savoir que la mort d'un sujet atteint préalablement de lésions rénales graves et à qui on fait l'uréthrotomie est le résultat d'une coïncidence. S'il est vrai que ces malades sont voués à une mort certaine dans un délai variable, l'uréthrotomie, aussi bien que le ferait une opération quelconque, aussi bien que le fait quelquefois le simple cathétérisme, ajoute à leur état un facteur de gravité auquel j'attache pour ma part une importance énorme dans l'interprétation de la fièvre dite urineuse; ce facteur, c'est l'hyperhémie rénale d'origine réflexe, hyperhémie qui peut être, mais non toujours, sans gravité quand les reins sont sains, mais qui dans le cas inverse enlève à ces organes le peu d'activité fonctionnelle qui leur reste, et porte une atteinte profonde à l'organisme en fermant absolument la porte de sortie des éléments dont le sang doit se débarrasser par l'intermédiaire des organes excréteurs de l'urine.

Mais je suis bien loin de penser que toute lésion rénale doit fatalement causer la mort. Parmi les malades qui offrent cette complication, les uns guérissent, les autres succombent, et ceux-ci sont fort heureusement en minorité.

Tant mieux pour les chirurgiens à qui le hasard fournira les bons cas, tant pis pour ceux à qui les mauvais tomberont en partage. Leur statistique sera grevée d'une mortalité supérieure à la normale.

C'est sans doute la même idée que M. Le Fort a voulu exprimer en disant que mes deux séries d'uréthrotomies et de divulsions étaient des séries malheureuses. Si c'est au point de vue de la mortalité, je l'accorde, celle de mes tableaux est supérieure à celle que donne généralement l'uréthrotomie; mais si c'est au point de vue des résultats définitifs du traitement, je persiste à penser que mes résultats sont le fidèle tableau de ce qui passe dans les cas particulièrement difficiles.

Je suis bien loin, pour mon compte, de me déclarer satisfait

lorsque j'ai pu porter la dilatation jusqu'au n° 18, et je ne crains pas de dire qu'un canal qui n'admet qu'une bougie de ce calibre est ordinairement voué à une récidive prochaine. C'est seulement lorsque j'ai pu pousser cette dilatation jusqu'au n° 22 au minimum, c'est-à-dire introduire des bougies de ce calibre ou un mandrin Béniqué du n° 44, c'est seulement lorsque j'ai constaté la persistance du résultat acquis, après trois ou quatre jours d'interruption, et que le malade sait se passer lui-même un n° 20, que je considère la guérison comme à peu près assurée, autrement je range le cas dans la catégorie des résultats incomplets.

Or, c'est peut-être à cause de cette rigueur envers moi-même que je compte 5 résultats incomplets parmi mes 25 uréthrotomies. J'en dirai autant des 3 résultats incomplets de ma série de divulsions. Si elle ne s'applique pas à tous les cas présentés sous cette rubrique, cette remarque s'applique du moins à quelques-uns d'entre eux.

La nécessité de répondre à ceux de mes collègues qui se sont attachés particulièrement à la comparaison de l'uréthrotomie avec la dilatation simple (question tranchée cependant depuis longtemps) m'a éloigné du but véritable de ma communication. J'ai voulu avant tout, et c'est sans exclure nullement l'uréthrotomie, démontrer que la divulsion n'est pas plus grave, et qu'elle donne des résultats aussi bons, sinon meilleurs.

Si je compte 2 morts sur mes 25 uréthrotomies, j'en relève également 2 sur mes 24 divulsions, mais je me rappelle que le premier des malades que j'ai perdus était un homme atteint de rétention d'urine et auquel il fallait à tout prix porter rapidement secours. La divulsion permit l'évacuation des urines, mais elle n'aggrava nullement sa situation. La mort survint quelques jours plus tard, sans même avoir été avancée, selon moi, par le traumatisme uréthral. Il n'a donc fallu rien moins qu'un parti pris de loyauté absolue pour faire figurer cet homme dans mon tableau.

Quant au second, j'ai dit qu'à l'autopsie j'avais trouvé des lésions rénales graves et qu'il avait offert, avant de succomber, des signes manifestes d'urémie.

Si donc je partageais les doutes de M. Trélat relativement à l'influence des lésions rénales préexistantes, je pourrais dire de lui comme du premier, que ma statistique de divulsions est exempte de cas de morts et que j'ai obtenu 100 0/0 de guérisons; mais ce serait, ainsi que vous l'avez vu, renier, uniquement dans l'intérêt de ma cause, une conviction que je crois très difficile à ébranler.

J'ajoute que depuis l'ouverture de la discussion j'ai pratiqué

deux autres divulsions, ce qui porte à 26 l'ensemble de mes observations.

Le premier de ces deux nouveaux opérés est un homme de 16 ans, atteint d'un rétrécissement très serré situé un peu en avant du collet du bulbe. Des tentatives réitérées de dilatation avaient provoqué plusieurs accès de fièvre, et cela se comprend d'autant mieux qu'il avait éprouvé auparavant des symptômes manifestes de pyélo-néphrite gauche.

Tableau complémentaire. — Deux divulsions.

Nos.	NOMS.	AGE.	NATURE ET SIÈGE du rétrécissement.	DATE de l'opération.	RÉSULTAT immédiat.		OBSERVATIONS.
25	Kemps (Jean).	66 ans.	D'origine inflammatoire.—A 11 cent. du méat.	19 mai 1886. Pas de sonde à demeure.	»	G.	Canal n'admettant qu'un nº 6. Tentatives réitérées de dilatation depuis le 8 mai. Elles provoquent de petits accès de fièvre et la dilatation n'avance pas. Le malade éprouve depuis quelque temps de la douleur dans la région lombaire gauche. Le jour de la divulsion, température du soir, 40°. Le lendemain, 38° ; le surlendemain, max., 37°,4. — Signes certains de pyélo-néphrite gauche résolus en 6 jours. Dilatation commencée au 10e jour, mais interrompue par suite de saignement du canal. La dilatation reprise régulièrement vers le 20e jour, a atteint le 22 juin le nº 46 de la série des mandrins Béniqué.
26	Foudarg (Eug.).	56 ans.	D'origine inflammatoire. Collet du bulbe.	26 mai 1886. Pas de sonde à demeure.	»	G.	Sujet très nerveux. Spasme de l'urèthre réveillé par chaque tentative de dilatation. Le rétrécissement n'admet qu'un nº 4. — Le lendemain de la divulsion, température du soir, 38°,1.—Six jours après, sans cause, un peu de cystite. Dilatation commencée le 20e jour et déjà poussée jusqu'au nº 46 de la série Béniqué.

Je renonçai à la dilatation et je pratiquai la divulsion. Le jour même il y eut un accès de fièvre. Le lendemain on provoquait facilement de la douleur par la percussion sur la région rénale gauche et le long de l'uretère. Ces douleurs ne furent entièrement dissipées qu'au bout de six jours. La fièvre tomba dès le surlendemain de l'opération.

Hier, j'ai passé à ce malade le nº 46 de la série Béniqué. Le

second malade est un homme plus jeune, âgé de 56 ans, atteint d'un rétrécissement du collet du bulbe, traité jadis par Horteloup. Comme une nervosité exagérée lui faisait craindre la dilatation, que l'introduction des instruments provoquait chaque fois un spasme de l'urèthre, je fis de suite la divulsion. Sauf une poussée de cystite survenue une semaine après, et qui ne porta la température qu'à 38°, je ne sais sous quelle influence, et un petit accès de fièvre, tout récemment causé par l'introduction d'une bougie, ce cas ne présente rien de très spécial. Je suis maintenant au n° 43 de la filière Béniqué.

Les résultats de ces deux divulsions seront aussi bons que possible.

Ma statistique est donc de 26 cas se composant en 21 bons résultats, 3 résultats incomplets, 2 morts.

Je n'ai donc pas à regretter d'avoir mené de front la divulsion et l'uréthrotomie dans le traitement des rétrécissements difficiles. La discussion que j'ai soulevée a montré que j'étais le seul des membres de la Société de chirurgie à pratiquer la première de ces opérations. Ceci s'explique en partie par ce fait que les circonstances ont fait de moi le continuateur naturel de Voillemier, le dépositaire de ses idées et des traditions qu'il m'a léguées. Mais si ces traditions m'avaient paru mal fondées, particulièrement en ce qui concerne la divulsion, personne ne doutera, je pense, que je n'eusse rompu avec elle sans retour. Or, loin de là, j'ai pu établir dans des conclusions aussi précises que me le permet mon commencement d'expérience, quelles sont les conditions où la divulsion est à mes yeux une opération utile et recommandable.

Je regrette seulement qu'une expérience analogue ait manqué à mes collègues. Il en est résulté qu'en réalité ils ont passé à côté de la question pour se rejeter sur l'uréthrotomie, qui n'était pas en cause. En effet, MM. Trélat et Horteloup ont fait une fois la divulsion, M. Le Fort a déclaré qu'il en avait horreur, MM. Tillaux, Championnière, Terrier, Trélat, Horteloup, ont proclamé la bénignité de l'uréthrotomie et son efficacité, à condition de ne la considérer que comme un adjuvant de la dilatation, que comme un temps préparatoire; soit, mais il serait juste d'ajouter que dans certains cas elle reste inefficace, que malgré elle la dilatation consécutive reste incomplète, et que par conséquent l'uréthrotomie est loin de représenter le dernier mot du traitement des rétrécissements. S'il en est ainsi, il ne faut pas s'immobiliser dans une admiration sans réserve à l'égard de cette opération. Il faut voir si d'autres méthodes de traitement ne seraient pas préférables dans certains cas déterminés. C'est ce que j'ai fait pour la divul-

sion, et si je n'ai pas porté la conviction dans l'esprit de mes contradicteurs, du moins je ne vois pas que mes conclusions aient été sérieusement entamées par leur argumentation.

M. Le Fort me permettra de lui dire que l'horreur inspirée *à priori* par une opération n'est pas un argument, c'est une impression. On en a dit autant contre l'ostéoclasie, et cependant l'ostéoclasie perfectionnée s'est montrée bénigne et efficace entre les mains de ceux qui en ont fait un grand usage.

M. Trélat m'a dit avoir observé des accidents septiques graves dans le seul cas où il ait fait la divulsion. C'est une malechance. Pour ma part, je n'ai rien observé de semblable, et, en revanche, un de mes opérés d'uréthrotomie a eu des abcès multiples. Jadis c'était la septicémie qu'il y avait surtout à craindre à la suite de cette opération. Témoin les cas de Dolbeau et tous ceux auxquels on a fait allusion dans cette discussion. Ne doit-on pas reconnaître que les conditions dans lesquelles nous faisons la chirurgie, et spécialement les conditions de milieu, sont singulièrement modifiées depuis les grandes discussions de 1863 et 1865, et sans doute aussi depuis le jour où M. Trélat a vu des accidents septiques se développer à la suite d'une divulsion?

Du moins, dans le cas de M. Horteloup, je vois un accident certainement imputable à la divulsion. Son opéré a eu une infiltration d'urine, dont fort heureusement il a guéri. Force est bien de reconnaître, en présence de ce fait, que la divulsion ne fait pas seulement du *craquelé* dans la muqueuse uréthrale, selon la pittoresque expression de Voillemier. Elle peut causer des déchirures superficielles, comme dans le fait que j'ai rapporté, et ces déchirures peuvent être assez profondes pour occasionner de l'infiltration urineuse. Le fait de M. Horteloup en est une preuve certaine.

Mais est-ce à dire que l'uréthrotomie n'expose pas au même accident? Par suite d'un chance peu enviable, deux fois j'ai vu la paroi supérieure de l'urèthre entièrement sectionnée, et comme dans ces cas j'ai opéré comme nous opérons tous actuellement, je puis assurer que dans les mêmes conditions le même accident serait arrivé à tout le monde. Je n'en prends pas moins bonne note du fait de M. Horteloup pour l'inscrire au passif de la divulsion; mais ma série réfute la pensée qu'il pourrait inspirer que pareil accident est fréquent. Il faut donc le ranger, comme mes deux cas de section totale du canal, dans la catégorie des faits exceptionnels.

Quant à la méthode de M. Le Fort, je ne saurais rien en dire de plus, ne l'ayant jamais expérimentée. M. Le Fort n'a jamais perdu un opéré. Je l'en félicite, puisqu'il est avéré que la dilatation la plus simple avec les instruments les plus fins peut entraîner des

accidents mortels, ou grandement précipiter l'évolution des affections rénales préexistantes.

Je viens d'en observer un exemple frappant. Un homme atteint de rétrécissement très serré, difficile à franchir, il est vrai, manifestement cachectique, a succombé dans mon service six jours après la mise à demeure d'une bougie n° 3. Du jour où cette bougie a été fixée dans le canal, la cachexie s'est brusquement exagérée, la langue s'est desséchée, et un collapsus profond a amené rapidement la mort.

A coup sûr, M. Le Fort a eu à traiter des cas difficiles, mais je me demande si l'introduction de ses mandrins coniques serait toujours possible. J'ai rapporté un cas où le tissu fibreux du rétrécissement était tellement ferme qu'il ne se laissa pas entamer par la lame de l'uréthrotome. J'ai dû, et cela à deux reprises et à plusieurs jours d'intervalle, inciser la partie antérieure du canal au moyen d'un bistouri étroit sur la sonde cannelée.

De même j'ai vu des rétrécissements résister terriblement à la distension par le divulseur. Et cependant le mandrin du divulseur s'insinue pour agir entre les deux lames d'un conducteur placé au préalable.

Comment prouver que des mandrins coniques, qui refoulent les tissus devant eux, triompheraient plus aisément de cette résistance?

Je me résume d'une manière générale, en disant qu'à mes yeux la divulsion est une opération ni plus dangereuse ni moins efficace que l'uréthrotomie interne.

Je maintiens mes conclusions, et je ne fais de réserve que pour la quatrième, celle qui concerne les rétrécissements accompagnés de lésions périphériques extra-uréthrales, et particulièrement d'induration étendue des tissus ambiants.

Pour ceux-là, je suis disposé à admettre que ce n'est ni la divulsion, ni l'uréthrotomie interne qui convienne, mais l'uréthrotomie externe. D'ailleurs, dans plusieurs circonstances, j'ai conformé ma pratique à cette manière de voir.

Rapport.

Tumeur fibro-cystique de l'utérus développée dans l'épaisseur du ligament large. — Laparatomie. — Guérison. — Observation par M. le Dr Le Bec.

Rapport par M. Lucas-Championnière.

Messieurs, l'observation qui fait le sujet de ce rapport est fort

courte. Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans présentant des douleurs abdominales assez irrégulières, et chez laquelle existait une tumeur peu volumineuse au voisinage de l'angle droit de l'utérus. Une incision peu considérable permit de la soulever et de l'amener au voisinage de la plaie. Elle présentait alors un pédicule large et court. Elle contenait un peu de liquide chocolat. Le pédicule fut lié avec deux fils et rentré dans le ventre. La malade guérit bien, et la tumeur examinée présenta tous les caractères d'un myome contenant un kyste sanguin. Elle avait, dit l'auteur, le volume d'un poing d'enfant.

Nous ne saurions partager les conclusions de l'auteur, qui déclare qu'elle était enclavée dans le ligament large. Si cela était, il ne l'eût pas pédiculisée ainsi. Cette tumeur nous paraît appartenir tout simplement à la catégorie des myomes sous-péritonéaux voisins, et plus ou moins connexes de l'utérus.

La guérison s'est faite, et on aurait mauvaise grâce de critiquer l'opérateur. Mais rien ne démontre dans l'observation que cette opération fût indispensable. Beaucoup de corps fibreux n'entraînent aucune nécessité opératoire, et l'auteur exagère peut-être un peu la nécessité dans ce cas. Il serait peut-être excessif d'engager à ce propos la discussion sur les nécessités opératoires des corps fibreux, la question d'intervention se posant sûrement pour les petits fibromes.

Ce qui nous paraît ici plus intéressant, c'est le fait de l'hémorrhagie dans un corps fibreux de si petit volume. Malheureusement l'observation ne donne guère de détails sur ce point d'anatomie pathologique.

C'est une observation intéressante à signaler, et je demande que l'on adresse des remerciements à l'auteur en déposant son manuscrit aux archives.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

Fistule borgne interne du rectum, par M. le Dr Dubar (de Lille).

Rapport par M. Périer.

Dans l'une de vos dernières séances, M. Dubar, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Lille, vous a présenté une observation de fistule borgne interne du rectum pour la guérison

de laquelle il a dû recourir à la rectotomie linéaire postérieure. Vous m'avez chargé de vous en rendre compte.

Il s'agit d'une femme de 44 ans qui, depuis neuf ans, souffrait d'hémorrhoïdes. Le mal arriva graduellement au point qu'à propos du moindre effort il y avait procidence d'un bourrelet du volume d'une mandarine, avec douleurs vives et hémorrhagies souvent très abondantes.

Il y a 5 ans, en réduisant le bourrelet, elle constata l'existence d'une cavité pouvant admettre la pulpe de l'index, et d'où s'étaient échappées des concrétions, des pierres, qui s'écrasaient entre les doigts.

Depuis trois ans, il y a presque régulièrement toutes les six semaines une sorte de poussée congestive accompagnée de troubles généraux assez graves.

La malade en est arrivée aujourd'hui à un état d'anémie cachectique, et sa vie paraît en danger.

M. Dubar, en examinant la région malade, reconnaît à 1 centimètre et demi de l'anus, vers l'entrée droite de la cloison recto-vaginale, une dépression qui admet facilement le bout de l'index ; le fond de cette dépression ne communique pas avec le vagin et en est séparé par une certaine épaisseur de tissu. Un stylet introduit dans cette dépression s'engage facilement en arrière et en haut dans la cloison recto-vaginale, où existe un trajet fistuleux terminé en cul-de-sac, long de 6 centimètres, dépassant de 1 centimètre le cul-de-sac postérieur du vagin. Puis M. Dubar constate l'existence d'un second trajet fistuleux partant aussi du fond de l'ulcération, mais à gauche, et aboutissant dans un véritable foyer d'abcès par un trajet fort étroit. C'est cet abcès qui, avec ses alternatives de réplétion et d'évacuation, paraît donner lieu aux accidents observés toutes les six semaines.

Conclusion : fistule borgne interne du rectum ; et comme on sent au voisinage de l'ulcération rectale des concrétions calcaires au sein des tissus, phlébolithes analogues à ceux reconnus plusieurs fois par la malade, on peut admettre légitimement que les foyers purulents devenus fistuleux ont eu pour origine l'élimination de quelques-uns de ces noyaux calcaires par ulcération de l'hémorrhoïde qui les contenait.

D'ailleurs on peut facilement constater sur le bourrelet un travail de ce genre en voie d'évolution ; une hémorrhoïde est ulcérée, et le calcul, encore enchatonné, peut être extrait avec des pinces, laissant à sa place un ulcère en godet.

Cette pathogénie se trouve mentionnée dans les ouvrages de Curling, d'Allingham et de Daniel Mollière, mais sans fait à l'appui ; le fait de M. Dubar semble bien démonstratif.

En raison de la profondeur des lésions et de l'utilité de faire une opération bien complète, M. Dubar commença par pratiquer la rectotomie linéaire postérieure, en incisant au thermocautère jusqu'à la pointe du coccyx.

Les bords de l'incision écartés à l'aide de pinces à griffes et la cloison vaginale mise en saillie par les doigts d'un aide placés dans le

vagin, les trajets fistuleux, facilement mis à découvert, sont incisés au thermocautère, et la pseudo-membrane grisâtre qui les tapisse, grattée à la cuiller tranchante. Puis après abrasion de toutes les portions de tissu inégales sur les bords et autour des orifices, le thermocautère est promené sur toutes les surfaces avivées, en protégeant les parties saines contre la brûlure. Tous les phlébolithes sentis ont été arrachés avec l'ongle et leur loge cautérisée.

Le pansement a été fait avec la tarlatane trempée dans l'eau phéniquée et la plaie lavée avec la même eau au 1/100, 2 fois par jour.

Les suites furent simples et sans fièvre. L'incontinence des matières fut absolue pendant six semaines, les fonctions des sphincters rétablies au bout de trois mois.

Les plaies étaient complètement cicatrisées à la même époque. La malade a pu reprendre ses occupations habituelles ; elle a conservé cependant une tendance légère au prolapsus hémorrhoïdal, puisqu'en décembre elle a perdu deux fois un peu de sang et a senti sortir une grosseur du volume d'une cerise. Par le toucher rectal on ne sent plus de phlébolithes.

Telle est l'intéressante communication qui vous a été faite par M. Dubar. Je pense que son observation mérite de trouver place dans nos *Bulletins*, et je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les conclusions du rapport de M. Périer sont mises aux voix et adoptées.

Discussion.

M. Verneuil. Je suis heureux d'avoir entendu la lecture de l'observation de M. Dubar, ayant beaucoup pratiqué la rectotomie. J'ai employé cette opération dans les rétrécissements néoplasiques et syphilitiques principalement. C'est ainsi que, tout récemment, j'ai eu à traiter un rétrécissement qui siégeait à 5 centimètres au-dessus de l'anus. La disposition était telle qu'il était très difficile d'y introduire une sonde pour pratiquer les lavages, qui cependant soulageaient beaucoup le malade. J'ai fait alors la rectotomie ; elle a permis d'aborder facilement le rétrécissement et d'y introduire une sonde, de telle sorte que mes élèves ont pu y pratiquer quotidiennement des lavages.

Dans les cas où il existe une néoplasie épithéliale de la paroi antérieure du rectum, j'arrive à la rendre accessible à une opération, en faisant au préalable la rectotomie en arrière, et en réséquant au besoin le coccyx pour me donner plus de jour.

Enfin, la rectotomie me rend aussi des services pour le traitement des fistules recto-vaginales. C'est une opération inoffensive.

L'incontinence des matières fécales, qui en est le résultat, n'est pas durable. Quand le sphincter de l'anus persiste, on peut toujours craindre, au contraire, dans les opérations pratiquées sur l'extrémité inférieure du rectum, le développement du phlegmon périrectal que M. Bouilly a bien décrit sous le nom de *cellulite pelvienne diffuse*.

M. Lucas-Championnière. Dans un cas où j'avais à opérer une fistule recto-vaginale, j'ai pratiqué d'abord la rectotomie. De cette manière, j'ai eu beaucoup de jour, et l'opération a été grandement facilitée. Je dois ajouter, d'ailleurs, que j'ai échoué dans la cure de la fistule elle-même.

M. Périer. Dans les trois cas où j'ai fait la rectotomie, je n'ai eu moi-même qu'à me féliciter de l'avoir employée.

Rapport.

Inversion de l'utérus. — Ligature suivant le procédé de M. Périer. *Guérison,* par M. Poncet (de Lyon).

Rapport par M. Périer.

M. Périer fait un rapport oral sur cette observation et conclut à l'insertion dans les Bulletins. Mais cette observation ayant déjà été communiquée à la Société de médecine de Lyon et publiée *in extenso* dans le *Lyon médical* (p. 441, 4 avril 1886), les conclusions de M. le rapporteur ne peuvent être adoptées.

Discussion.

M. Tillaux. Tandis que les opérations qui portent sur les tumeurs fibreuses sont indolores, on ne peut faire une ligature sur le corps même de l'utérus, sans provoquer de la douleur.

Dans le fait que vient de résumer M. Périer, la douleur n'a pas été extrême, sans doute, mais cependant la malade a souffert.

Lorsqu'on trouve faisant saillie à la vulve une tumeur formée par un fibrome, on constate que toute la masse est insensible, mais dès que l'on vient à toucher la muqueuse utérine au voisinage de la tumeur, on provoque de la douleur. Ce signe m'a servi dans le fait que j'ai rapporté à l'Académie de médecine.

M. M. Sée. Ce signe peut cependant tromper. Si l'on constate

que la masse présente de la sensibilité, on peut affirmer que ce n'est pas un fibrome. Mais l'inverse n'est pas vrai, car on peut rencontrer des cas d'insensibilité de la muqueuse utérine. Il y a, en effet, une très grande variabilité dans le degré de la sensibilité de la muqueuse utérine chez les différentes femmes, comme on peut le constater en agissant sur le col ou en faisant le cathétérisme de la cavité utérine.

M. Polaillon. Je puis citer trois faits qui démontrent qu'on ne peut se fier complètement, pour faire le diagnostic, à la sensibilité de l'utérus. Le premier fait est celui que M. Périer a rappelé, dans lequel, au moment de l'application de l'anse pour la ligature, il n'y eut qu'une douleur très modérée. Le second est un cas d'inversion complète de l'utérus que j'ai communiqué précédemment à la Société. Il y avait eu un sphacèle partiel de la tumeur. Lorsque la malade arriva à l'hôpital de la Pitié, je fis, au ras de la vulve, la section complète de la tumeur, pensant bien ouvrir par cette section la cavité péritonéale. Or, cette malade n'éprouvait presque pas de douleur.

Enfin, j'ai observé une femme de 46 ou 47 ans qui portait une tumeur ayant le volume et l'apparence du col de l'utérus. Cette tumeur était insensible. Des lavages antiseptiques ayant été praqués, au bout de deux ou trois jours je fis l'ablation de cette tumeur. Il n'y eut pas de douleur notable. Cependant, il s'agissait de l'utérus inversé et atrophié, et l'opérée succomba au bout de peu de temps.

M. Guéniot. C'est en 1867 que j'ai présenté à la Société le travail dans lequel j'ai parlé de ce moyen de diagnostic entre les fibromes et l'inversion utérine. [De l'acupuncture considérée comme moyen de diagnostic différentiel entre certains polypes fibreux de la matrice et le renversement partiel de cet organe (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1867, p. 280, et *Arch. de médecine*, avril 1868.)]

C'était à propos d'un fait que j'avais observé dans le service de M. Richet. Quelques jours auparavant, M. Richet avait enlevé un fibrome, puis était apparue une nouvelle tumeur, qu'il supposait être l'utérus inversé, et il se proposait d'essayer de la réduire. Il y avait des métrorrhagies.

Ayant pris le service, je restai hésitant pendant une quinzaine de jours. Pour arriver à être fixé sur la nature de la tumeur dont le volume était celui d'un œuf, j'eus l'idée d'enfoncer une épingle dans sa masse, sans prévenir la malade.

Aucune sensibilité n'ayant été manifestée, j'affirmai alors qu'il s'agissait d'un corps fibreux, que je pus enlever en effet. Dans ces cas, les fibromes, outre leur insensibilité, présentent une résistance

assez grande à l'introduction de l'épingle. Si la pénétration est facile, c'est encore une raison de croire qu'il s'agit plutôt de l'utérus.

Communication.

Sur cinq observations d'hydrocèles traitées par l'incision des bourses et l'excision de la vaginale,

Par M. Paul Reclus.

La Société de chirurgie n'a pas discuté encore le traitement de l'hydrocèle par l'incision de la vaginale.

La ponction suivie d'injection iodée est consacrée par une longue expérience et par des succès innombrables. Nous pensons qu'on aurait tort de la déposséder. Cependant la pratique, je ne dis pas nouvelle, mais renouvelée, me semble préférable au procédé classique, dans quelques cas que nous voudrions rapidement énumérer devant vous.

Depuis six mois que j'ai pris possession du service chirurgical de l'hôpital Broussais, j'ai cinq fois pratiqué cette opération. Je serai très bref sur la première observation : l'épanchement de la vaginale compliquait une hernie irréductible depuis plusieurs mois; le repos absolu dans le décubitus dorsal, avec le bassin élevé, des purgations fréquentes, le sac de plomb, le spica de l'aine avec la bande en caoutchouc et la masse épiploïque rentra en moins de trois jours; mais un bandage spécial fait par un bandagiste habile ne parvint pas à la maintenir, et nous recourons à la cure radicale afin de rendre notre hernie coercible, d'incoercible qu'elle était.

Au cours de mon opération, j'ouvre la vaginale distendue, 60 grammes de liquide, et je constate que sa cavité est indépendante du sac ; aussi, après avoir lavé la séreuse avec la liqueur de van Swieten chaude, j'adosse les deux parois non excisées et je les réunis par trois fils de catgut très fin; puis je dissèque avec difficulté le sac très adhérent aux éléments du cordon, je l'excise, et pour rétrécir le collet je rapproche les deux piliers de l'anneau inguinal par une forte ligature perdue au crin de Florence; je draine la plaie et je la suture. Il n'y eut pas d'élévation de température, et le septième jour, lorsque j'enlève mes fils, la réunion est complète sans autre accident qu'un petit abcès ; au quatorzième jour, il n'y paraissait plus. Disons cependant que vers le huitième jour un léger degré d'épanchement s'était reproduit dans la vaginale, mais le liquide se résorba bientôt. Un mois et demi après l'opération nous revoyons la malade ; hernie et hydrocèle sont guéries.

Ma deuxième observation a trait à une hydrocèle volumineuse, vieille de six mois et survenue, sans cause appréciable, chez un emballeur de 60 ans. La transparence presque indiscutable était assez obscure pour faire soupçonner un épaississement marqué de la séreuse. Aussi, après avoir purgé notre malade, nous pratiquons, sous le spray, une incision antérieure qui divise les diverses couches des bourses jusqu'à la vaginale, dont un large segment se découvre par la rétraction des lèvres de la plaie. La séreuse est incisée à son tour et, après évacuation du liquide, nous réséquons les parois, gardant juste ce qu'il faut pour recouvrir le testicule. Quatre points de catgut assez fin pour être rapidement résorbé maintiennent au contact les deux lèvres juxtaposées de la séreuse ; pour assurer le drainage, nous plaçons alors un faisceau de crin de Florence entre la vaginale reconstituée et les bords de l'incision cutanée suturés au crin de Florence.

Comme pansement, poudre d'iodoforme et éponges retenues par une sorte de spica double qui relève et comprime méthodiquement les bourses. Nous voulions laisser plusieurs jours ce pansement, mais malgré cinq centigrammes d'extrait thébaïque pour constiper le malade, celui-ci veut aller à la selle dès le premier jour ; il enlève lui-même ses bandes, que remet sans soin un infirmier malhabile, et, la nuit suivante, l'opéré accuse une douleur assez vive, qui disparaît le matin ; la température n'atteint pas 38 degrés ; le cinquième jour, les points de suture sont enlevés ; la réunion est complète, et bien qu'une légère suppuration se soit montrée sur le trajet d'un crin de Florence, la cicatrice suturée est bientôt absolue ; le testicule, gros et un peu douloureux, avait repris son volume normal ; cette orchite avait été beaucoup moins marquée qu'elle ne l'est à la suite de l'injection iodée. L'opéré guéri quitta le service au bout de quinze jours.

Notre troisième observation rappelle beaucoup la précédente : charretier de 54 ans, porteur d'une hydrocèle à parois épaissies ; incision des bourses, résection de lambeaux de vaginale, dure, rugueuse, d'aspect cartilagineux par place. Adossement et suture des feuillets séreux par 6 points au catgut fin, drainage au crin de Florence entre la vaginale reconstituée et l'incision cutanée suturée par dix points. Pansement compressif avec des éponges saupoudrées d'iodoforme. Le sixième jour les fils sont enlevés ; la réunion est parfaite ; la glande spermatique est à peine tuméfiée. Elle est souple et normale ; le quatorzième jour, le malade, guéri quitte l'hôpital. Le seul incident fut, comme dans l'observation précédente, une rétention d'urine qui céda au premier cathétérisme.

Rien de particulier à noter dans notre quatrième observation : menuisier de 46 ans ; hydrocèle vieille et volumineuse ; incision

sous le spray; résection de la vaginale épaissie et rugueuse; adossement des deux feuillets et réunion par sept points au catgut; drainage, suture au crin de Florence; pansement iodoformé compressif; le quatrième jour les fils sont enlevés, la réunion est parfaite; le septième jour un léger épanchement apparaît dans la vaginale; mais il se résorbe vite, et le quinzième jour l'opéré, guéri, quitte le service.

Notre cinquième fait est tout récent : journalier de 54 ans; hydrocèle très volumineuse : elle contenait 400 grammes de liquide. Incision des bourses; résection de la vaginale; suture des deux feuillets par huit catgut; drainage, suture. Le sixième jour nous enlevons les fils; il n'y a pas trace d'orchite, tandis que dans les observations précédentes nous avions toujours eu une certaine tuméfaction de la glande. Peut-être cette absence d'inflammation est-elle due à ce que le lavage de la séreuse est fait non avec de la liqueur de Van Swieten mais avec de l'eau bouillie. En tout cas, à cette heure, 11 jours après l'opération, la guérison est complète, et demain notre malade quittera l'hôpital.

Dans tous nos cas, nous avons opéré selon le précepte de Julliard, avec cette seule différence que nous chloroformons nos malades et que nous drainons et suturons au crin de Florence. Comme incident nous avons noté deux fois une rétention d'urine qui a nécessité un cathétérisme; une fois un petit abcès, mais l'opération était fort complexe et l'incision de la vaginale n'était qu'un épisode; il s'agissait là plutôt d'une cure radicale de hernie; enfin deux fois un léger épanchement reparut dans la vaginale, mais il s'est résorbé en peu de jours. Nous pouvons donc proclamer que nos résultats ont été bons; la guérison complète était obtenue au quinzième jour, et avant ce terme nos opérés avaient quitté leur lit.

Après l'injection iodée, la guérison est moins rapide, et trois, quatre ou cinq semaines sont nécessaires. Ce n'est point là le seul avantage de la nouvelle méthode; en faveur de l'incision, il faut ajouter les récidives beaucoup plus rares, comme le montrent les observations d'Augagneur, les statistiques de Volkmann et de Julliard et le tableau annexé aux intéressantes thèses de Wendling et de mon élève le docteur Nimier, qui, sur 557 cas d'hydrocèle traités par l'incision, ne relève que 6 récidives, un peu moins de 1 0/0, tandis que, d'après Wendling, sur 100 malades traités par l'injection, 30 seulement auraient été revus, et chez 10 d'entre eux l'épanchement s'était reproduit !

Guérison plus rapide, récidive plus rare. A ces deux arguments, les partisans de l'incision ajoutent : gravité moindre. D'après eux, l'opération, moins aveugle, plus chirurgicale, provoquerait une douleur de plus courte durée, une réaction inflammatoire plus

faible ; elle éviterait la ponction des testicules par le trocart, et surtout les phlegmons gangreneux des tissus observés à la suite d'injections maladroites de teinture d'iode dans le tissu cellulaire des bourses. Cet accident ne serait pas rare, et, d'après Wendling, sur 100 hydrocèles traitées par l'injection iodée, il y aurait eu, de ce fait ou du fait de l'opération, 16 fois suppuration abondante, et 3 fois gangrène des enveloppes scrotales.

Nous ne pouvons souscrire sans restriction à cette prétention d'une plus grande innocuité. D'abord le tableau de Wendling est trompeur, et nous n'acceptons pas ce chiffre de 16 0/0. J'ai vu faire des injections iodées depuis dix-neuf ans que je fréquente les hôpitaux, et je n'ai vu qu'un seul accident, terrible il est vrai, puisque le phlegmon des bourses observé dans le service de Broca provoqua la mort. Mais les accidents sont infiniment rares, et si Wendling a fait dresser une statistique aussi sombre, c'est qu'on ne songe à publier les observations d'hydrocèles traitées par l'injection, que lorsqu'il survient quelque chose d'anormal. C'est ce que fit notre maître Broca dans son fait malheureux.

Si, d'autre part, les statistiques établissent que l'incision antiseptique n'a jamais provoqué d'accident grave — car la mort observée trois fois était due une fois à un étranglement interne, deux fois à des complications cardio-pulmonaires antérieures à l'opération, — peut-on en conclure que l'incision est moins grave que la ponction ? Nous ne le croyons pas, lorsque l'incision sera devenue banale, et qu'elle sera pratiquée non par des chirurgiens comme Julliard, Volkmann, Augagneur, Terrier ; mais, comme la ponction, par des médecins de sous-ordre ignorants ou mal outillés, les tableaux qu'on dressera alors auront à inscrire plus d'un phlegmon sur 450 cas !

Nous pensons donc que, malgré certaines infériorités manifestes, récidives plus nombreuses et guérisons moins rapides, la ponction, plus simple et plus accessible, doit rester le procédé de choix pour les cas ordinaires. Mais il est des circonstances où l'incision nous semble indiquée.

Et d'abord, dans les cas d'hydrocèle congénitale, car l'injection iodée pénétrerait dans le péritoine par le canal péritonéo-vaginal inoblitéré ; mais cette indication, nous devons le reconnaître, est plus théorique que pratique : nous avons observé des cas assez nombreux d'hydrocèle congénitale, et, avec un peu de patience, nous les avons toujours vu guérir spontanément. L'incision nous semble indiquée encore lorsque le sac herniaire est en rapport étroit avec la vaginale ; l'inflammation provoquée par l'injection iodée pourrait, en effet, se propager au péritoine. C'est ainsi que, dans notre première observation, il nous a paru plus prudent

de traiter notre hydrocèle par l'incision ; d'ailleurs, nous faisions d'une pierre deux coups, et nous avons en même temps pratiqué la cure radicale de l'hydrocèle et de la hernie.

Lorsque les hydrocèles sont vieilles et volumineuses, les parois de la séreuse sont souvent épaissies ; dans ce cas encore, l'incision des bourses et l'incision de la vaginale sont indiquées, car la récidive est de règle, et la guérison, si on pouvait l'obtenir, serait très lente. Cette considération nous a guidé dans quelques-unes de nos observations où les altérations de la séreuse, soupçonnées pendant l'examen clinique, furent vérifiées pièces en main. Ce sont ces cas, d'ailleurs, qui expliquent fréquemment la présence des corps étrangers. Or, ceux-ci nécessitent aussi l'incision, qui seule permet de les extraire.

C'est encore elle que l'on pratiquera lorsque la ponction et l'injection iodée auront été suivies de récidive. Nous nous rappelons un étudiant arménien chez qui plus de 30 ponctions avaient été faites par divers chefs de service et nombre d'étudiants. Nous avons eu la chance de le guérir, mais après deux injections iodées, suivies d'aspiration lorsque le liquide se reproduisait et de compression méthodique sur les tissus. Notre traitement n'a pas duré moins de deux mois et demi : une incision antiseptique eût débarrassé notre malade en quelques jours.

L'incision nous semble encore indiquée dans les cas, fort rares d'ailleurs, où il existe une hydrocèle multiloculaire, et dans les cas plus fréquents où l'on soupçonne l'épanchement de voiler une lésion plus profonde de la glande spermatique ; on aura le testicule sous les yeux, et si les altérations sont évidentes, l'incision n'aura été que le premier temps d'une opération plus radicale, castration, ablation de kyste, évidement d'un foyer caséeux.

Des développements qui précèdent nous concluons : le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée est bon ; il doit rester le procédé de choix ; l'incision du scrotum, avec résection de la séreuse, opération plus délicate et qui nécessite une éducation chirurgicale supérieure, ne lui sera donc substituée que dans des cas spéciaux. On la préférera dans les hydrocèles congénitales ou compliquées de hernies volumineuses ; pour les pachyvaginalites avec ou sans corps étrangers, libres ou adhérents ; on la préférera encore pour les hydrocèles multiloculaires et pour les épanchements symptomatiques, lorsqu'on désire être fixé sur les altérations de la glande ; elle pourra n'être alors que le premier temps d'une opération plus complète. On la préférera pour les hydrocèles récidivées, et même mais ici l'indication est plus contestable, lorsque le malade, pressé par le temps, réclamera le procédé le plus expéditif.

Discussion.

M. Richelot. Les conclusions de M. Reclus sont conformes à ce que j'ai observé moi-même. Dans trois cas, j'ai fait l'incision de la tunique vaginale pour guérir des hydrocèles.

La première fois, j'ai trouvé la vaginale épaissie, et j'ai dû en faire la résection. La cicatrisation a été longue, ce que j'attribue à ce que l'antisepsie n'avait pas été parfaite ; cependant le malade a guéri.

Dans un deuxième cas, pour une hydrocèle ancienne, j'ai fait une résection partielle de la tunique vaginale ; la guérison a eu lieu en quinze jours. Cependant, à la fin, il s'est produit un petit abcès.

Ma troisième opération est récente et a porté sur une hydrocèle à parois minces. Aucun accident n'est survenu.

Enfin j'ajouterai à ces trois cas celui d'une hématocèle que j'avais prise d'abord pour une hydrocèle à parois épaisses, et que j'ai opérée en réséquant la vaginale.

Je crois que l'incision antiseptique est le traitement de choix dans les hydrocèles anciennes et dans les hydrocèles à parois épaisses. Le pansement antiseptique ne doit pas être celui de Lister. Il faut préserver le scrotum contre l'irritation par une couche de vaseline et employer l'iodoforme pour le pansement de la plaie.

M. Tillaux. Je n'ai pas d'expérience personnelle pour le traitement de l'hydrocèle par l'incision. Mais, depuis vingt-cinq ans, j'ai fait un grand nombre d'injections iodées, et j'ai été tellement satisfait des résultats que j'ai obtenus que je ne vois aucune raison pour abandonner ce traitement. La récidive m'a paru rare. Sans doute, il faut mettre les malades au repos, mais je les laisse seulement cinq à six jours au lit. Au huitième ou neuvième jour, ils peuvent marcher et quitter l'hôpital, bien que le scrotum ne soit pas encore revenu à son volume normal. En somme, c'est un bon traitement.

Communication.

M. Le Bec lit une observation intitulée *Phlegmon tuberculeu de la paroi abdominale* (M. Marchand, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 30 juin 1886.

Présidence de M. LANNELONGUE, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Exposé de ses titres scientifiques,* par le D[r] DELORE, correspondant de la Société;

3° M. TILLAUX, retenu à Clamart par un concours, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

4° M. le D[r] CHARAMIS (d'Athènes), à propos de la discussion sur l'uréthrotomie interne, écrit à la Société que sur vingt-cinq opérations de ce genre pratiquées l'an dernier pour des rétrécissements anciens et très durs, il n'a obtenu que des succès. Un seul de ses malades a eu de la fièvre, et pendant deux jours seulement; un second, ayant négligé de se sonder, a eu une rétention complète d'urine au bout de 8 mois. Notre confrère ajoute qu'il n'opère qu'après l'échec de la dilatation graduelle temporaire ou permanente;

5° M. le Ministre de l'instruction publique prie la Société de lui adresser d'*urgence* la liste des questions choisies pour le Congrès des Sociétés savantes en 1887; il envoie en même temps un certain nombre d'exemplaires d'un questionnaire recommandé aux Sociétés savantes;

6° Observation de *trachéocèle*, par MM. VERNEUIL et G. DAREMBERG, extraite de la *Revue de Chirurgie;*

7° A propos du procès-verbal, M. DESPRÉS adresse la note suivante sur le traitement de l'hydrocèle.

A propos du procès-verbal.

M. DESPRÉS, Notre collègue Reclus, pour appuyer l'opération

de l'hydrocèle par incision et résection de la tunique vaginale, a dit que cette opération mettait à l'abri de la récidive mieux que la ponction et l'injection iodée. Je m'inscris contre cette assertion. J'ai fait pour ma part plus de 300 opérations d'hydrocèle de la tunique vaginale, sans décès, par la ponction et l'injection iodée, et, sauf un cas où j'ai renouvelé l'injection iodée un mois après une première, je n'ai jamais eu de récidive. Mais ce résultat est obtenu seulement en employant la méthode de Velpeau : laisser de la teinture d'iode dans la tunique vaginale. Tous ceux de nos collègues qui ont opéré de la sorte ont obtenu les mêmes résultats que moi.

Les opérations par incision ont réussi, soit ; mais le jour où il en échouera une et où le malade mourra, c'est la chirurgie qui l'aura tué. Quand on a obtenu des résultats semblables à ceux que donne la ponction et l'injection iodée dans l'hydrocèle de la tunique vaginale avec une sécurité si grande, il faudrait y regarder à deux fois avant de chercher autre chose. Pour ma part, je condamne cette nouvelle opération comme j'ai condamné l'arthrotomie dans l'hydarthrose.

Discussion.

M. Reclus. Je me bornerai à protester contre la note de M. Desprès dont il vient d'être donné lecture, car, dans ma communication, non seulement je n'ai pas proposé l'incision antiseptique comme traitement général de l'hydrocèle, mais j'ai eu soin de bien spécifier à quels cas particuliers elle convient.

M. M. Sée. Je saisis l'occasion de faire connaître ici un nouveau mode de traitement de l'hydrocèle par l'injection. Il m'a toujours donné de bons résultats. J'emploie, au lieu de la teinture d'iode classique, une solution de chloral à 10 0/0. A ce degré de concentration, la solution est assez caustique. J'en injecte 60 grammes dans la tunique vaginale. Il se produit une douleur légère, ou plutôt une sensation de chaleur qui disparaît bientôt.

Les phénomènes que l'on observe à la suite sont analogues à ceux que détermine l'injection iodée. Le liquide vaginal se reproduit, puis disparaît ensuite très rapidement. Sur vingt cas environ que j'ai traités de cette manière, je n'ai eu que des guérisons.

Les avantages que je trouve à l'emploi de cette solution sont d'être moins chère et plus facile à manier que la teinture d'iode. Elle ne tache pas les doigts et le linge, et il n'y aurait pas, je crois, d'inconvénients à ce qu'elle pénétrât en dehors de la tunique vaginale, car à 10 0/0 la solution de chloral est très coagulante, plus certainement que celle de perchlorure de fer.

Suite de la discussion sur l'uréthrotomie interne.

M. Guyon. La Société de chirurgie, en maintenant depuis plusieurs semaines, à l'ordre du jour de ses séances, la question de l'uréthrotomie interne, a montré l'importance qu'elle lui accorde. Plusieurs de nos collègues ont déjà fait connaître les résultats de leur pratique et donné leur opinion. La très grande majorité d'entre eux est d'accord pour reconnaître les services que les chirurgiens sont en droit d'attendre de cette opération. Leurs observations ont à la fois témoigné de son efficacité et de son innocuité. Elles ont prouvé que le labeur de nos compatriotes n'avait pas été stérile, et que la belle opération dont ils ont ,après tant d'efforts, doté la chirurgie française méritait, comme elle l'a fait, de prendre dans la pratique générale la place qu'elle occupe aujourd'hui.

A leur exemple, je voudrais contribuer à montrer par des faits que l'uréthrotomie interne est une des très précieuses acquisitions de la chirurgie contemporaine. Mais ses indications dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre méritent d'être étudiées avec le plus grand soin; car malgré sa bénignité très réelle, les malades auxquels elle s'adresse, l'organe qui est le siège de l'opération, peuvent favoriser la production d'accidents dont chacun sait la gravité trop réelle.

C'est donc sur les indications que je crois devoir insister, car je ne puis traiter le sujet tout entier. Ce serait m'éloigner du programme de la discussion et vous obliger à entendre une communication beaucoup trop étendue. A plus forte raison me garderai-je d'aborder l'étude générale de la thérapeutique chirurgicale des rétrécissements de l'urèthre.

Je dois cependant, pour que ma manière de voir soit précise, nettement déclarer que l'uréthrotomie interne, malgré sa valeur si grande, n'est que l'un des agents de cette thérapeutique délicate, et que de toutes les méthodes mises en œuvre pour rendre à l'urèthre sa perméabilité, il n'en est qu'une dont l'application s'impose dans tous les cas. Cette méthode est la dilatation.

C'est à elle que j'ai l'habitude de demander les moyens d'élargir le canal sans autre action chirurgicale, la possibilité de compléter, de parfaire, de maintenir ou de reconquérir les résultats obtenus par l'uréthrotomie.

Le plus grand nombre de mes malades est donc soumis à la dilatation, et toutes les fois qu'elle peut être appliquée dans des conditions simples, toutes les fois qu'elle est exempte d'accidents, les malades ne sont même pas admis à l'hôpital, ils sont soignés à la consultation. Les cas soignés dans les salles sont par cela même

complexes ou graves, et, dans ces conditions, l'indication de l'uréthrotomie se pose très fréquemment.

La dilatation peut en effet être insuffisante, impuissante, nuisible ou dangereuse. Et ce ne sont pas seulement les fautes commises dans l'emploi de ce moyen de traitement qui déterminent son impuissance, sa nocivité. La dilatation la mieux faite, la plus sagement conduite, peut demeurer inefficace, devenir l'occasion d'accidents locaux ou généraux qui obligent le chirurgien à recourir à d'autres moyens de traitement.

C'est des nécessités inéluctables de cette situation que la pratique présente si souvent que sont nées les tentatives de dilatation rapide ou forcée et la conception vraiment chirurgicale de la section des rétrécissements.

On sait les déplorables résultats de la dilatation forcée et ce qu'a coûté aux malades l'oubli du précepte fondamental de la dilatation, qui n'agit efficacement et sûrement que si elle n'est associée à la force, même au moindre degré. Elle n'agit en effet que sous la seule influence modificatrice du contact et non sous l'action mécanique de la pression. Le contact lui-même veut être mesuré dans sa durée, dans sa répétition, et ses doses varient suivant le siège et la nature des rétrécissements, suivant les susceptibilités individuelles ou morbides du porteur de ces rétrécissements. Le chirurgien a toujours affaire à la fois à des rétrécissements et à des rétrécis, à la maladie et au malade. Dans bien des cas, il ne serait pas secourable au malade, s'il ne pouvait rapidement modifier la maladie, mettre, pour ainsi dire d'un seul coup, l'organisme à l'abri des inconvénients ou des menaces dus aux troubles fonctionnels que détermine la lésion. Chose bien digne de remarque, le même malade pour lequel la dilatation restait inefficace, devenait nuisible ou dangereuse, supportera de la façon la plus heureuse ce mode de traitement, et en redeviendra le justiciable quand l'uréthrotomie aura déterminé la trêve dans les incidents ou les accidents qui enrayaient le traitement ou forçaient à le suspendre.

Les malades uréthrotomisés redeviennent si bien les justiciables de la dilatation que la trêve obtenue par l'uréthrotomie serait plus ou moins prochainement dénoncée si elle n'était pas mise en œuvre, et que, dans des cas particulièrement difficiles à traiter, la modification qu'imprime au canal le contact des bougies deviendra la seule ressource du traitement. Il est, en effet, toute une catégorie d'urèthres coarctés à ce point que, quelle que soit la méthode de traitement mise en œuvre, la récidive est toujours prochaine. Ils reviennent si rapidement sur eux-mêmes qu'on les a désignés sous le nom de rétrécissements élastiques ; mais cette expression, qui fait image, a le tort d'être anatomiquement inexacte, car ces

urèthres ont entièrement perdu l'élasticité normale qui assure leur extensibilité. Quoi qu'il en soit, ces canaux réfractaires ne peuvent être maintenus dans un état qui permette la régularité de leur service, que s'ils demeurent sous la sauvegarde journalière de la dilatation.

Dans ces cas, en effet, j'ai obtenu chez divers malades ce que la section ne m'avait jamais donné. Après avoir infructueusement employé les procédés les plus rigoureux de l'uréthrotomie interne et de l'uréthrotomie externe elle-même, je n'ai pu mettre les malades dans un bon état fonctionnel qu'en les engageant à faire de la dilatation prolongée.

Sous le nom de dilatation vitale, Dupuytren instituait d'une façon habituelle, et pour toute espèce de rétrécissement, la dilatation par la sonde à demeure. Comme Hunter, le chirurgien français s'était rendu compte des merveilleuses modifications obtenues par le contact prolongé ou permanent. L'un et l'autre avaient vu se ramollir, devenir extensibles, les coarctations les plus résistantes. Il était néanmoins dans l'ordre naturel du véritable progrès que la dilatation temporaire se substituât à la dilatation permanente. Les chirurgiens ne pouvaient ne pas être frappés de ses inconvénients et même de ses dangers, et ne pas remarquer que ses résultats sont le plus souvent éphémères. Rien n'égale, en effet, la rapidité des résultats obtenus par ce mode, d'ailleurs précieux, de dilatation, si ce n'est le peu de durée du bénéfice obtenu. La dilatation temporaire peut, dans une certaine catégorie d'urèthres, suffire à la conservation de l'élargissement fourni par la dilatation permanente ; pour d'autres, l'uréthrotomie ou la divulsion seront nécessaires. Mais la catégorie de rétrécissements dont nous nous occupons incidemment, catégorie qui comprend d'ailleurs plusieurs espèces et variétés, est toujours destinée, quelque moyen que l'on utilise, au retour offensif de la stricture, à la récidive rapide. Si, dans ces cas, plusieurs heures sont chaque jour consacrées au port d'une bougie, l'urèthre se maintiendra dans un état de dilatation que l'on avait jusqu'alors vainement cherché. Il suffira pour cela de placer chaque soir dans l'urèthre une bougie de très petit calibre qui, chaque matin enlevée, rend pour une journée le malade à ses occupations et à ses fonctions normales.

Sans plus insister, la dilatation, on le voit, est donc, comme je l'ai dit en commençant, le moyen nécessaire au traitement de toutes les espèces et de toutes les variétés de rétrécissements, depuis les plus simples jusqu'aux plus résistants ; sans elle, les opérations proprement dites seraient inefficaces ou incomplètes. Et dans les cas que l'on peut appeler incurables, malgré les modifications favorables qu'elle leur imprime, la dilatation a même une supé-

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 44.8.86. *Le Gérant :* G. MASSON.

riorité réelle sur les opérations sanglantes, quelles qu'elles soient.

Mais dans les cas simples, comme dans les cas complexes ou graves, faut-il cependant que la répétition du contact, que sa prolongation, que le contact lui-même qui détermine la dilatation, soient supportés.

S'il est habituel que le contact intermittent et peu prolongé de la bougie soit toléré ; s'il est vrai que, laissée à demeure, elle soit encore acceptée et puisse être gardée pendant quelques jours, il est cependant nombre de malades chez lesquels le canal, la vessie ou les reins réagissent. Quelle serait la situation du malade, à quoi se réduirait le rôle du chirurgien, s'il ne pouvait, dans ces cas, rapidement rétablir la perméabilité de l'urèthre, faire cesser des accidents qui menacent ou qui déjà ont éclaté ?

C'est là le très grand service que nous rend l'uréthrotomie interne, et en particulier l'uréthrotomie d'avant en arrière, qui, grâce à la bougie conductrice de Maisonneuve, peut être faite, pour ainsi dire, à tous les degrés d'étroitesse, et quelle que soit la résistance des points rétrécis. Il est si souvent nécessaire, dans les cas sérieux ou graves, de gagner de vitesse, d'empêcher l'empoisonnement urineux de se compléter ou de se perpétuer, que nombre de malades auxquels l'uréthrotomie offre des chances de salut, succomberaient infailliblement ou continueraient à traîner une vie misérable, si nous ne pouvions les faire bénéficier d'une opération rapidement libératrice. Les ressources que nous offre l'uréthrotomie interne sont donc très précieuses. Est-ce à dire que son emploi doive être généralisé, comme on l'a quelquefois pensé et comme on le professe encore, ainsi qu'il a été rappelé dans la présente discussion. Ce n'est pas dans cette enceinte qu'il est nécessaire de repousser semblable manière de voir, et je n'ai pas besoin de dire que telle n'est pas ma pratique.

Les réflexions que j'ai cru devoir soumettre à la Société de chirurgie lui ont déjà prouvé que l'uréthrotomie interne doit, à mon avis, être réservée aux cas complexes ou graves. Plus j'observe et plus je suis disposé à trouver dans les complications, non plus des contre-indications, comme on l'a souvent enseigné, mais de formelles et pressantes indications. Ici encore je ne saurais entrer dans les détails. Mais pour que ma manière de voir soit nettement affirmée, je prendrai pour exemple ces cas où des accès de fièvre répétés surviennent sous l'influence de la dilatation, ou alors même que l'on n'a pas encore institué de traitement.

Il n'est, à l'heure actuelle, douteux pour personne, je pense, que de telles manifestations morbides ne soient l'indice très certain de lésions rénales, dont le degré est évidemment variable, mais qui n'en sont pas moins menaçantes. L'uréthrotomie interne, dans ces

cas, peut et doit être faite. Chose remarquable, sous son influence, la fièvre cesse le plus souvent d'emblée.

Dernièrement encore, dans une leçon clinique faite à la fin de février dernier, je pouvais montrer les tracés thermométriques de six malades alors présents dans mon service et qui, opérés dans les conditions que je viens de préciser, étaient devenus apyrétiques sous la seule influence de l'uréthrotomie. J'ai depuis longtemps insisté sur cet ordre d'indications, et j'ai montré, par des exemples heureux, que le chirurgien pouvait opérer même pendant la fièvre si le danger devenait menaçant. En règle, je continue cependant à croire que c'est en dehors des accès qu'il convient d'agir.

Dans les cas où les lésions rénales sont anciennes et avancées dans leur évolution, sans état aigu, alors, par exemple, que la polyurie trouble, que la présence d'une énorme quantité de pus dans les urines, que les troubles digestifs, que l'état général, témoignent d'une grave altération des reins, alors que des essais de dilatation ont profondément perturbé ces malades, qui le plus souvent ne la supportent pas, l'uréthrotomie interne m'a plus d'une fois permis de modifier la situation d'une façon si heureuse que l'on aurait pu se laisser aller à l'espoir d'une guérison. J'ai à peine besoin de dire que c'est une simple survie que l'on obtient dans ces cas ; mais cette survie peut se chiffrer par mois et même par années.

Ces mêmes chances heureuses ne se rencontrent pas au même degré dans les cas où, sous l'influence d'une poussée aiguë, se font dans la substance rénale ces petits foyers miliaires que si souvent on rencontre à l'autopsie des néphrites dites chirurgicales. Certaines circonstances, telles que la rétention d'urine complète, ou l'imparfaite évacuation de la vessie, peuvent encore conduire à l'uréthrotomie. Est-il besoin d'indiquer que le succès de l'intervention n'est rien moins qu'assuré ?

Néanmoins, si l'uréthrotomie, en permettant l'évacuation régulière et totale de la vessie, n'arrête pas l'évolution de ces lésions si graves et si particulièrement menaçantes, du moins ne les aggrave-t-elle pas. Aussi, sans grand souci de la statistique, suis-je de plus en plus disposé à rechercher avec soin, même dans les cas les plus graves, toute indication qui peut permettre un bénéfice même très éventuel de l'opération ; à ne pas désespérer du sort des rétrécis, dont la résistance aux accidents les plus graves est souvent un objet d'étonnement pour le clinicien.

Pour être autorisé à agir de la sorte, il suffit d'ailleurs d'avoir constaté les heureuses modifications et souvent les guérisons rapides obtenues dans les cas graves des deux premières catégories. Mais le chirurgien puise encore des encouragements à la lutte qu'il

veut poursuivre, afin de ne pas abandonner le malade à la maladie, dans les suites si bénignes de l'opération pratiquée dans ce que l'on peut appeler les cas simples, c'est-à-dire lorsque la section des strictures est seulement indiquée par leur résistance et non plus commandée par des accidents.

Je crois superflu d'insister sur cette démonstration que nos collègues ont faite. Ma statistique viendra tout à l'heure ajouter des preuves à celles qu'ils ont déjà fournies. Mais peut-être la Société de chirurgie me permettra-t-elle de lui exposer très brièvement les conditions qui me paraissent assurer la bénignité de l'intervention.

Plusieurs d'entre nous ont, dans leurs communications, fait allusion à la sécurité que les précautions antiseptiques doivent donner au chirurgien dans cette opération. Personne, je l'espère, ne me prendra ici pour un détracteur de l'antisepsie. J'ai, à la première discussion qui s'est élevée dans cette enceinte, apporté ma statistique et fait ma profession de foi. Je suis et je reste partisan si convaincu des bienfaits de l'antisepsie que je ne voudrais, comme la plupart de mes collègues, me priver à aucun prix dans l'opération la plus minime de sa protection salutaire. Mais on s'exposerait à de cruels mécomptes si l'on pensait que, pour l'uréthrotomie, l'antisepsie constitue la sauvegarde essentielle. Elle ajoute son appoint à l'ensemble des mesures que doit prendre le chirurgien, mais ne saurait rendre inoffensive la moindre faute opératoire dans une opération où il ne faut point en commettre.

Inciser tous les points rétrécis, les inciser peu profondément, faire l'incision sur la paroi supérieure, placer une sonde à demeure et la laisser ouverte, la choisir de moyen et même d'assez petit calibre suivant les cas, utiliser toutes les préservations de l'antisepsie, exiger toutes les précautions d'hygiène, de repos, de bonne température que nous avons l'habitude de réclamer pour toutes les opérations, telles sont en quelques mots les conditions à observer.

L'uréthrotomie d'avant en arrière, telle que l'a conçue Maisonneuve, réalise, à mon avis, toutes les conditions désirables pour la section complète de tous les points rétrécis ; ce n'est que dans les cas où les rétrécissements offrent une résistance particulière, comme dans les traumatismes, par exemple, que je complète les résultats obtenus par la lame courant d'avant en arrière avec l'uréthrotome de Civiale, en incisant alors d'arrière en avant. La lame courante a le grand avantage de sectionner d'emblée tous les points rétrécis, et pour peu que l'on ne soumette à l'uréthrotomie que les rétrécissements qui en sont réellement justiciables, il est bien rare que l'on n'ait pas à sectionner plusieurs points du canal. Dans son parcours,

la lame de l'uréthrotome vous indique leur siège exact et leur degré de résistance. Aucun de ceux que l'exploration méthodique a révélé ne lui échappe, et l'opération contrôle en quelque sorte le diagnostic. Le chirurgien est donc bien sûr d'avoir complètement agi, et toujours les résultats cliniques m'ont prouvé qu'il en était ainsi. Il en a été de même dans les circonstances exceptionnelles où j'ai fait l'autopsie; j'opère, il est vrai, presque exclusivement sur la paroi supérieure, paroi qui, pour beaucoup de raisons que j'ai souvent exposées, constitue le lieu d'élection pour la section des rétrécissements. Mais alors même que la paroi inférieure serait incisée, le rétrécissement ne saurait échapper à la lame, s'il est vraiment résistant et si la paroi uréthrale a été fixée sur le conducteur. Malgré l'insensibilité remarquable de cette paroi, la lame rencontrera et incisera tous les points résistants. A l'aller comme au retour, l'instrument reconnaît et sectionne les strictures, rien n'est plus net que l'action sécante de la lame, et cette sensation n'est accusée, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, que dans les points résistants préalablement reconnus et désignés par l'exploration méthodique. Partout ailleurs aucune sensation n'est perçue. Aussi suis-je vraiment sans inquiétude sur les points intermédiaires de la muqueuse, c'est-à-dire sur les régions non rétrécies du canal que la lame de Maisonneuve est accusée d'atteindre.

J'ai fait dessiner et j'ai publié des pièces qui démontrent que l'uréthrotome ne coupe que ce qu'il doit couper, et je ne veux d'ailleurs pas insister sur cette discussion, que je ne me suis permis de soulever que parce que les opinions souvent émises sur l'insuffisance d'action de la lame sur les rétrécissements et de ses actes agressifs sur les parties saines du canal ont été reproduites et défendues par notre président, dont l'expérience très particulière dans la question est depuis longtemps reconnue. Ce qui m'y a encore engagé, c'est que l'opération telle que l'instrument de Maisonneuve permet de la pratiquer est des plus simples et à la portée de tous. Je partage pleinement le sentiment de ceux qui désirent, comme le dit souvent notre collègue M. Verneuil, que les opérations soient rendues aussi simples et aussi inoffensives que possible, afin que, pratiquées par le plus grand nombre, elles offrent cependant aux malades toutes les sécurités possibles.

L'incision des rétrécissements ne peut cependant se réduire à un acte en quelque sorte mécanique, et je dirai tout à l'heure en quelques mots ce qu'il convient de faire à cet égard; mais j'avoue que j'ai toujours été peu touché de l'argument qui consiste à objecter que le tissu morbide doit être incisé dans toute son épaisseur. Si telle était la condition des succès, il faudrait dans les cas graves inciser toute l'épaisseur de l'urèthre, et personne ne

voudrait à l'heure actuelle défendre une pratique dont les dangers ont été trop démontrés. Aucun instrument ni aucune sensation ne permettra de savoir si cette condition de la section intégrale du tissu morbide a été complètement réalisée, et le chirurgien ne pourrait être renseigné sur l'achèvement de cette œuvre s'il voulait l'accomplir.

Fort heureusement, tout en clinique me paraît démontrer qu'il est inutile ou dangereux de chercher à se soumettre à des conditions opératoires si peu réalisables.

L'uréthrotomie ne peut avoir d'autre prétention que celle de rendre le canal perméable et dilatable. Il faut en effet que dès que la section est achevée la sonde à demeure puisse facilement pénétrer, que lorsqu'elle est enlevée l'urine puisse très aisément s'échapper ; il faut enfin que lorsque l'on instituera le traitement complémentaire l'urèthre puisse être aisément dilaté. On obtient toutes ces conditions essentielles avec la manœuvre si simple, si sûre et par cela même si éminemment chirurgicale, de l'instrument de Maisonneuve. Vouloir davantage, vouloir dès le premier moment introduire une grosse sonde, c'est s'exposer à faire des sections trop profondes, ou à déchirer le canal, c'est courir au-devant des grands accidents de l'uréthrotomie. L'usage de sondes à demeure de trop gros calibre a longtemps compromis les résultats de l'uréthrotomie. On ajoutait à l'incision régulière et mesurée du canal une déchirure de profondeur et d'étendue indéterminées. Chacun sait le discrédit où de nombreux et lamentables insuccès avaient jeté l'uréthrotomie, discrédit tel que ce souvenir paraît encore influencer l'esprit de quelques chirurgiens.

Il serait donc dangereux de se contenter de scarifications et de s'en remettre à la sonde du soin de parfaire le passage. Il faut d'ailleurs, comme je l'ai dit tout à l'heure, que le canal uréthrotomisé devienne immédiatement et facilement perméable. Il faut, avant tout, que l'urine puisse le parcourir sans obstacle. Cette règle, à laquelle l'uréthrotomie doit se soumettre, est aussi impérieusement exigible pour toutes les méthodes rapides.

C'est ce que Voillemier avait parfaitement compris, et c'est ce qui explique que sa divulsion soit une opération sans gravité, alors que la dilatation forcée mais incomplète de Perrève avait donné tant de désastres. Aussi n'est-ce pas parce que je la trouve dangereuse que je n'ai pas adopté la divulsion dans ma pratique. Si je lui ai préféré l'uréthrotomie, c'est que l'incision des rétrécissements peut s'appliquer dans tous les cas où leur élargissement rapide est indiqué ; ce n'est pas le fait de la divulsion. Ainsi qu'on l'a déjà dit dans cette discussion, les rétrécissements très résistants

échappent à son action. Elle a échoué entre mes mains dans ces conditions. Elle expose d'ailleurs à des déchirures multiples qui se répartissent sur la paroi inférieure du canal, ainsi que l'expérimentation et deux pièces de ma collection peuvent le démontrer.

Je ne sais ce qui adviendrait, dans ces cas où la résistance des tissus est souvent énorme, de la dilatation rapide de notre collègue M. Le Fort; je n'ai pas eu encore à l'utiliser. Mais je suis disposé à croire qu'elle ne pourrait agir alors qu'en divulsant, c'est-à-dire en déchirant. Aussi, jusqu'à plus ample informé, je me crois encore autorisé à préférer dans ces cas l'uréthrotomie interne par incision, à l'uréthrotomie interne par déchirure, c'est-à-dire à la divulsion. Il ne peut être indifférent, lorsque les tissus résistent, de s'exposer à un emploi de force qui pourrait être exagéré, et il vaut mieux inciser à une profondeur et en des points déterminés que de produire des déchirures dont le siège et l'importance ne peuvent être prévus. Abandonnant d'ailleurs tout autre argument, il me paraît suffisant de montrer qu'il est des cas où la section par lame tranchante s'impose inévitablement.

S'il entrait dans le cadre de cette note d'établir une comparaison entre les méthodes rapides qui permettent de donner immédiatement au canal une perméabilité réclamée par l'état de l'urèthre ou par celui du malade, il faudrait rechercher si, dans les cas où la résistance de la stricture est faible ou moyennement forte, la dilatation de M. Le Fort ou la divulsion de Voillemier ont une supériorité démontrable sur l'uréthrotomie interne. Je n'ai pas à préjuger les résultats de cette comparaison, que l'uréthrotomie me paraît pouvoir aisément accepter; mais je tiens à établir que le parallèle ne saurait s'établir entre ces trois méthodes que si le départ des cas auxquels elles seraient appliquées avait été soigneusement fait.

Dès maintenant, il me semble acquis que les rétrécissements très résistants sont justiciables de la section, c'est-à-dire de l'uréthrotomie. Mais il me paraît légitime d'ajouter qu'elle convient encore aux cas où des accidents généraux obligent à rapidement agir. Elle aurait, en effet, sur la dilatation la plus rapide cet avantage de pouvoir être appliquée, dans l'immense majorité des cas, sans préparation locale, c'est-à-dire sans ramollissement préalable du canal par la bougie à demeure, préparation qui non seulement exige une perte de temps, mais que les malades atteints de fièvre ne supportent pas sans inconvénient ou sans danger, préparation dont la divulsion pourrait, il est vrai, se passer.

La comparaison se restreindrait pour ces cas à l'uréthrotomie

et à la divulsion. Mais je ne veux pas, je le répète, établir une comparaison entre des méthodes dont le mode d'action ne serait comparable que si les cas étaient catégorisés. C'est le seul point que j'ai cru utile d'indiquer, et, sans insister davantage, je vais terminer l'étude des conditions opératoires que la Société a bien voulu me permettre de commencer à lui exposer.

Je n'ai plus à parler que du choix de la lame, de son parcours dans l'urèthre, de la pose et du séjour de la sonde à demeure et de la dilatation consécutive. Il me paraît, en effet, inutile d'entrer dans d'autres détails, quoique bien des points accessoires du traitement ne manquent pas d'importance.

Les lames qui répondent aux n°s 21 à 23 de la filière Charrière sont celles dont je fais presque exclusivement usage. Plus petites, elles seraient insuffisantes ; plus larges, elles pourraient trop profondément inciser. L'état du périnée, la très grande étroitesse des rétrécissements, doivent être pris en considération. Contrairement à ce que l'idée préconçue semblerait indiquer, il vaut mieux dans ces cas ne pas recourir à des lames trop larges, quitte à compléter la section nécessaire par une uréthrotomie d'arrière en avant. Dans ces conditions, en effet, la section peut être plus profonde qu'il ne conviendrait. La trop grande résistance des tissus et le soulèvement de la lame dans les cas où le périnée est induré et très cicatriciel font comprendre la possibilité de ce résultat et de ses conséquences. D'une façon générale, j'évite d'ailleurs de trop appuyer sur le point de section, et pour cela je recommande à l'aide qui tient le conducteur de ne pas l'abaisser entre les jambes afin de ne pas redresser la courbe de l'urèthre.

Je recommande aussi de ne pas réitérer le passage de la lame, qui ne doit couper qu'à l'aller et au retour. Il y a longtemps d'ailleurs que les chirurgiens ont cessé de jouer du violon dans l'urèthre, suivant l'expression accréditée, alors que les va-et-vient multiples étaient encore acceptés.

Le passage de la sonde à demeure m'a toujours paru l'un des temps les plus à surveiller. Il peut être fertile en accidents graves. Aussi ai-je l'invariable habitude de toujours passer la sonde sur conducteur et suis-je toujours prêt à abaisser mes prétentions, c'est-à-dire le volume de la sonde à demeure, pour peu qu'il y ait la moindre résistance. Chose très digne de remarque, la dilatation consécutive n'y perd rien.

En règle, on peut dire que cette dilatation sera d'autant plus simple et d'autant plus efficace que l'on aura laissé la plaie uréthrale se cicatriser sans l'irriter. Ce ne sont pas les lambeaux les plus longs qui recouvrent et protègent le mieux les moignons ;

ce sont ceux dont la cicatrisation s'est faite rapidement et sans accidents inflammatoires. Aussi je crois devoir me garder avec le plus grand scrupule aussi bien des trop grosses sondes, qui contusionnent, déchirent ou irritent, que des passages prématurés d'instruments dilatants.

J'attends presque toujours que la première quinzaine soit écoulée, et dans bien des cas où les circonstances ou des accidents s'opposaient à l'emploi plus prompt de la dilatation, j'ai pu sans le moindre inconvénient attendre plusieurs semaines. Cela ne serait cependant pas prudent dans les rétrécissements très durs, et en particulier dans les traumatiques.

Quant à la sonde à demeure, sans laquelle on peut certainement guérir si l'urèthre est rendu très perméable à l'urine par l'opération, j'en suis et reste cependant le partisan très déclaré. Elle est certainement préservatrice, et son séjour de vingt-quatre à quarante-huit heures est exempt de tout inconvénient, si elle n'est pas trop volumineuse et si elle est bien posée de façon à ce que le goutte-à-goutte de l'urine soit absolument régulier.

Je crois, en effet, qu'il y a intérêt majeur à laisser la sonde ouverte dans l'urinoir et à très attentivement surveiller le très régulier écoulement de l'urine. C'est là l'un des points les plus essentiels dans les soins consécutifs à l'opération.

Je ne veux pas insister davantage, car peut-être me suis-je trop attardé dans l'exposé des conditions nécessaires au succès de l'opération, aussi bien dans ses suites immédiates que dans ses résultats éloignés.

Je ne demanderai plus à la société que quelques instants pour lui exposer l'un des résultats de ma pratique, que j'ai pu relever et coordonner en statistique.

Le nombre des cas que je vais faire figurer dans cette note n'est pas intégral quant au nombre des opérations. Il l'est absolument, ainsi que je le dirai, quant au nombre des décès. Mais à l'hôpital, vous le savez aussi bien que moi, il n'est pas absolument facile de faire recueillir toutes les observations. D'autre part, j'ai la mauvaise habitude de ne pas réunir mes observations de la ville. Le chiffre des cas sur lesquels porte ma statistique est donc très inférieur à la réalité, et je crois pouvoir dire sans exagération qu'il pourrait être double. Quoi qu'il en soit, comme je désire avant tout être précis, je bornerai mes réflexions aux cas dont je possède un relevé exact.

De 1867 à 1886, j'ai réuni le chiffre de 459 uréthrotomies, dont 446 pour des rétrécissements d'origine blennorrhagique et 13 pour des rétrécissements d'origine traumatique.

Ces 459 uréthrotomies se répartissent comme il suit :

52	ont été	pratiquées	de	1867 à 1869
17	—	—	en	1870
21	—	—	—	1871
25	—	—	—	1872
26	—	—	—	1873
12	—	—	—	1874
19	—	—	—	1875
15	—	—	—	1876
30	—	—	—	1877
34	—	—	—	1878
28	—	—	—	1879
20	—	—	—	1880
31	—	—	—	1881
36	—	—	—	1882
50	—	—	—	1883
15	—	—	—	1884
28	—	—	—	1885

Ces 459 uréthrotomies répresentent 410 rétrécis.

24 de ces malades ont été uréthrotomisés 2 fois :

3	au bout de	1	an
7	—	2	ans
4	—	3	—
3	—	4	—
2	—	6	—
1	—	11	—
1	—	12	—
1	—	13	—
1	—	14	—
1	—	30	—

9 ont été uréthrotomisés 3 fois, 1 a été uréthrotomisé 4 fois et 1 autre 5 fois.

Les 375 autres ont été uréthrotomisés une seule fois.

Parmi ces opérés, 20 sont morts, et la proportion peut vous sembler considérable ; elle serait même en contradiction avec ce que je vous disais tout à l'heure de la bénignité de cette opération sagement conduite, si je ne vous donnais l'explication de ce chiffre. Les registres de mon service sont tenus de telle sorte que les cas de décès ne peuvent échapper à la statistique ; non seulement ils sont inscrits sur le registre des opérations, mais ils figurent dans un cahier spécial aux autopsies, et les pièces pathologiques en

sont conservées dans ma collection. Les omissions, qui ont souvent lieu quand il s'agit d'opérations simples, ne peuvent ici se produire, car il y a un triple contrôle. Aussi ce chiffre de 20 morts représente-t-il la somme totale et complète des cas funestes, alors que le chiffre 459 auquel je fais allusion est loin de représenter l'ensemble réel de mes opérations.

Il ne faut pas oublier encore que je n'opère que les cas complexes ou les cas graves. Mais avant d'étudier en détail les causes de la mort dans ces 20 cas, étude beaucoup plus intéressante et plus instructive que le résultat brut d'une statistique, je tiens à vous signaler la bénignité remarquable des suites de l'intervention chez les malades qui ont guéri.

Les malades se lèvent presque tous dans la première huitaine.

L'écoulement sanguin est en général insignifiant, quelques gouttes de sang suivent le retrait de la lame, et tout est terminé quand la sonde a été mise en place.

Dans 4 ou 5 cas, la quantité de sang a été un peu plus abondante, mais elle ne m'a jamais donné la moindre inquiétude, et j'insiste sur ce fait, car les adversaires de l'uréthrotomie me semblent avoir beaucoup exagéré et la fréquence et l'abondance des hémorrhagies. Une seule fois j'ai vu cet écoulement prendre une grande importance: il s'agissait d'un homme de 62 ans, que j'ai uréthrotomisé en 1871 pour le guérir d'un rétrécissement très dur et très serré. Des hémorrhagies abondantes ont suivi cette intervention et m'ont obligé à interrompre tout traitement pendant quelques semaines. Ce fait a été longuement analysé par M. Gregory dans sa thèse de 1879; il en a fait un puissant argument contre l'uréthrotomie interne. Je crois que l'auteur n'a tenu aucun compte des causes de cet accident. Contrairement à la règle opératoire que j'ai adoptée depuis cette époque, j'avais pratiqué une incision dont les dimensions excessives ont provoqué l'hémorrhagie. Exceptionnellement pour ce malade, dont les lésions étaient sérieuses, j'avais cru devoir prendre une lame n° 26.

Si j'ajoute à ces faits une observation de suppuration prostatique et un cas d'infiltration chez un malade où je fis l'uréthrotomie d'arrière en avant avec l'instrument de Civiale, qui n'empêcha pas le malade de guérir rapidement, j'en aurai fini avec le bilan des complications opératoires proprement dites. Pour la fièvre, je ne l'observe qu'une fois sur trois, et encore en tenant compte de toute élévation de température, aussi bien de la plus modérée que de la plus forte.

Quant aux résultats éloignés de l'uréthrotomie, je les passerais sous silence, si quelques auteurs n'avaient invoqué la fréquence des récidives après cette opération. Sans doute des récidives peu-

vent se produire à la suite de la section du rétrécissement, elles sont même fatales si la dilatation progressive ne vient pas compléter la guérison.

Mais je ne sache pas qu'une des méthodes préconisées mette à l'abri des retours offensifs un rétrécissement abandonné à lui-même. D'ailleurs l'exemple de ce que j'ai vu dans la clientèle privée et chez les rétrécis de l'hôpital montre bien toute l'importance de ce traitement consécutif.

En ville, le fait apparaît nettement : les malades se soignent après l'opération, ils se dilatent ou se font dilater en temps opportun et finalement ils guérissent. A l'hôpital, les malades sont moins soigneux, ils négligent le traitement consécutif et se croient guéris parce qu'ils urinent librement après l'opération. Aussi les récidives deviennent-elles plus fréquentes. Les résultats n'en sont pas moins très bons.

Voici 34 faits qui le prouvent. Je les ai relevés sur mes registres d'hôpital de 1881 à 1884.

Sur 14 malades qui ont dû se faire uréthrotomiser pour la deuxième fois, les bienfaits de la première intervention ont duré :

1 an	dans	1	cas
2 ans	dans	1	cas
3	—	1	—
4	—	2	—
5	—	2	—
6	—	2	—
12	—	2	—
13	—	1	—
32	—	1	—
36	—	1	—

Enfin, sur 20 malades que j'ai dû soumettre à un nouveau traitement par la dilatation méthodique progressive après les avoir antérieurement uréthrotomisés, la miction est restée facile :

2 ans	dans	2	cas
3	—	2	—
4	—	7	—
5	—	2	—
6	—	3	—
7	—	2	—
12	—	1	—
15	—	1	—

A ce propos, laissez-moi vous faire observer que ces 20 cas

mettent en lumière la dilatabilité des rétrécissements antérieurement uréthrotomisés. Je pourrais d'ailleurs multiplier les exemples analogues. Tous démontrent que l'uréthrotomie interne ne laisse pas seulement persister la dilatabilité, mais que dans nombre de cas elle rend dilatables des rétrécissements qui ne l'étaient pas.

Mais j'ai hâte d'en arriver à l'analyse des 20 cas de mort que je vous ai accusés dans ma statistique de 459 uréthrotomies. Les voici résumés :

I. — Relaté par Reverdin. — Homme de 59 ans, entré à l'hôpital avec une infiltration d'urine étendue et des accidents généraux témoignant une intoxication profonde. Mort cinq jours après l'uréthrotomie par continuation des accidents généraux.

C'est d'ailleurs là une pratique que j'ai abandonnée, je ne touche plus au rétrécissement dans les premiers jours de l'inflammation. J'attends pour agir sur le rétrécissement que la suppuration péri-uréthrale ait cessé ou que tout au moins les parois des foyers soient organisés.

II. — Tisseur de 32 ans. Uréthrotomisé le 27 octobre 1871, pour un rétrécissement traumatique compliqué de poche urineuse et de graves lésions des reins. Mort, *un mois* après l'opération, de néphrite suppurée et d'infiltration d'urine.

III. — Dentiste de 42 ans. Uréthrotomisé le 5 octobre 1872. Il est mort, *deux mois* après, de périnéphrite suppurée.

IV et V. — Dans ces deux cas, la mort, survenue plusieurs semaines après l'opération, a été causée par la tuberculose pulmonaire.

VI. — Diabétique cité par Martinet. Sa mort est survenue dix jours après l'uréthrotomie, avec tous les symptômes de l'intoxication urineuse. Elle a été manifestement causée par une altération rénale préexistante.

VII. — Tailleur de 63 ans. Uréthrotomisé le 14 novembre 1877. Mort, vingt jours après, par lésions rénales préexistantes.

VIII. — Homme de 65 ans. Uréthrotomisé le 5 juillet 1878. Mort, *trois mois* après, par lésions rénales préexistantes.

IX. — Journalier de 46 ans. Uréthrotomisé le 23 octobre 1878. Mort, le 20e jour, d'intoxication urineuse consécutive à des lésions rénales.

X. — Homme de 37 ans. Uréthrotomisé une première fois en 1873, une deuxième fois en 1878 et une troisième fois le 31 mai 1877. Mort, *six mois* après, de pyélonéphrite.

XI. — Homme de 31 ans. Uréthrotomisé le 24 décembre 1879. Mort, *deux mois* et demi après, d'intoxication urineuse par lésions rénales antérieures à l'opération.

XII. — Charretier de 46 ans. Uréthrotomisé le 19 mai 1880. Mort de pyélonéphrite, *un mois* après.

XIII. — Marinier de 38 ans. Uréthrotomisé pour la troisième fois le 6 juillet 1881, et mort, *trois mois* après, d'intoxication urineuse par lésions rénales antérieures.

XIV. — Briqueteur de 45 ans. Uréthrotomisé le 12 juillet 1882. Mort, *deux mois* après, de cachexie urineuse sans qu'on ait jamais pu modifier le caractère des urines, ammoniacales bien avant l'opération.

XV. — Capitaine en retraite de 52 ans. Uréthrotomisé le 29 juillet 1882. Production ultérieure d'un abcès urineux. Incision en octobre. Transformation épithéliomateuse du trajet fistuleux. Mort à la fin de l'année.

Pour le IV, le V et le XV malades, morts, les deux premiers, de tuberculose pulmonaire, et le dernier, de généralisation épithéliomateuse, il n'y a pas de discussion possible : l'uréthrotomie n'est pour rien dans la terminaison fatale.

Pour les 12 autres cas, l'opération est, à mon sens, tout aussi innocente, car la mort a été causée par des altérations rénales devant lesquelles l'intervention chirurgicale n'a pas reculé, qu'elle n'a pu enrayer à la vérité, mais qu'elle n'a certainement ni provoquées ni même aggravées.

Si l'on veut bien admettre ces réserves, il reste, en définitive, sur les 20 morts, 5 cas dans lesquels l'opération semble responsable de l'opération fatale. Les voici :

XVI. — Homme de 36 ans. Uréthrotomisé le 3 juin 1871. Mort le 11e jour, d'infection purulente.

Mes salles étaient alors encombrées par les blessés de la Commune après l'avoir été par ceux du siège, et le plus grand nombre mouraient d'infection purulente.

XVII. — Homme de 53 ans. Uréthrotomisé le 25 mars 1879. Mort le 17e jour, d'infection purulente. Sa prostate suppurait avant l'opération, si bien que l'abcès prostatique a joué un rôle certainement plus actif que l'opération dans la production de la pyohémie. Il est fréquent de voir la pyohémie se développer à la suite des suppurations simples de la prostate.

XVIII. — Journalier de 51 ans, entré à l'hôpital le 2 juin 1873, avec un rétrécissement d'origine blennorrhagique compliqué d'abcès urineux. Incision de l'abcès et, trois jours après, uréthrotomie interne pratiquée par M. Muron, alors mon interne. Au bout de vingt jours, mort par infection purulente. Ce sont les trois seuls cas où j'ai observé la pyohémie.

La thérapeutique appliquée dans ce cas diffère d'ailleurs complètement de celle que je recommande en pareilles circonstances. Je ne fais jamais d'uréthrotomie à un délai aussi rapproché de l'ouverture des foyers putrides, ce n'est que quelques semaines après l'évacuation des infiltrations urineuses que je m'occupe de traiter le rétrécissement par la dilatation ou la méthode sanglante. Je ne puis donc assumer la responsabilité de cette issue funeste.

XIX. — Limonadier de 35 ans. Rétrécissement blennorrhagique. Uréthrotomie interne le 12 janvier 1881. Mort, sept jours après, de néphrite aiguë. (La pièce figure à la planche XXV de mon Atlas.)

XX. — Marchand ambulant de 63 ans. Uréthrotomisé le 23 septembre 1881. Mort six jours après. (Je n'ai pu retrouver les causes de la mort.)

En attribuant dans ces 5 cas la mort à l'opération, on arrive à une mortalité de 1 1/2 0/0.

A ces 5 cas mortels, je dois en ajouter un sixième que j'ai observé en ville. C'est du reste la seule fois que semblable accident me soit arrivé dans ma pratique privée. Il s'agissait d'un homme de 33 ans, que j'ai uréthrotomisé il y a cinq ou six ans. Il est mort quinze ou vingt jours après l'opération, mais je m'empresse d'ajouter que la terminaison fatale n'a pas été seulement provoquée par l'opération. Ce sont avant tout les lésions préexistantes de la vessie et des reins, lésions très probablement organiques, qui ont tué mon malade. L'opération avait ici pour but d'évacuer la vessie des caillots qui s'y étaient accumulés. En tout cas, cette mort ne modifie pas la mortalité que j'accusais il y a un instant. Je vous ferai même observer que le chiffre de 1 1/2 0/0 est très supérieur à la réalité, car si je voulais faire figurer dans cette évaluation le chiffre total des uréthrotomies que j'ai pratiquées tant en ville qu'à l'hôpital, je pourrais vous dire que j'ai perdu, par le fait de l'opération, 6 malades sur environ 1,000 uréthrotomies internes, et faire ainsi tomber le taux de la mortalité à 1/2 0/0.

La mortalité imputable à l'opération est donc en réalité très faible, elle n'en impose pas moins à l'opérateur des devoirs très définis. Elle doit l'obliger à choisir avec le plus grand soin les cas auxquels l'opération est applicable, à se soumettre à toutes les précautions opératoires qu'exigent les lésions si habituelles des reins et leur susceptibilité si grande chez les malades depuis longtemps rétrécis ; elle lui commande enfin les précautions antiseptiques que nous n'avons à l'heure actuelle le droit de négliger dans aucune opération.

Mais en limitant à des catégories de cas l'application de l'uré-

throtomie, en ne méconnaissant pas les dangers toujours réels des opérations pratiquées dans l'urèthre, quelles que soient ces opérations, je me crois en droit de m'associer à mes collègues pour affirmer les précieux avantages de l'uréthrotomie. Aussi je n'hésite pas à déclarer que c'est avoir réalisé un grand et très précieux progrès chirurgical que d'avoir mis les chirurgiens à même de combattre, par une opération facile et simple, d'une bénignité réelle, accessible à tous ceux qui voudront opérer avec conscience et avec soin, des incidents ou des accidents qui, si souvent, compromettent la santé des malades ou mettent leur existence en question.

A propos du procès-verbal.

M. Reclus. Dans la précédente séance, M. Périer, à propos d'une communication de M. Dubar, et M. Verneuil ont parlé de la rectotomie linéaire dans le traitement des fistules ano-rectales. J'ai justement dans mon service de l'hôpital Broussais un malade à qui j'ai pratiqué cette opération le 24 avril dernier, et voici un résumé rapide de cette observation:

Un jeune homme de 18 ans, maigre, chétif, pâle, mais non tuberculeux, entre dans nos salles pour une fistule à l'anus. Nous trouvons au pourtour du fondement deux orifices en cul-de-poule qui donnent issue à une certaine quantité de pus fétide et à des matières fécales liquides. La susceptibilité nerveuse du malade est telle, les souffrances qu'il accuse sont si intenses, que l'examen du trajet fistuleux est impossible. Aussi endormons-nous le malade. Notre interne introduit une sonde cannelée et fend la fistule en remontant, sous la muqueuse, jusqu'à l'ampoule rectale. Le second trajet est, comme le premier, coupé au thermocautère et l'opéré est reporté dans son lit après un pansement à l'iodoforme.

Le surlendemain, les pièces du pansement sont enlevées ; elles sont souillées d'une telle quantité de pus que je fais reporter le malade sur le lit à opérations pour l'examiner plus attentivement. Je vois sourdre, dans la profondeur de la plaie, du pus en abondance ; évidemment il existait une poche nouvelle non ouverte par le thermocautère. J'endors de nouveau le malade et j'introduis le speculum ani dans le rectum ; la dilatation est absolument impossible, les valves sont maintenues par une sorte d'ajutage rigide, sclérosé, inextensible; l'exploration digitale nous fait sentir une muqueuse tomenteuse et bourgeonnante, une véritable rectite chronique.

Mais nous nous expliquions, d'ailleurs, par les confessions du malade, l'état de son rectum: depuis deux ans il se livrait à la pédérastie, son seul métier du moment ; il courait les foires, et, moyennant salaire, se livrait au premier venu. L'abcès déjà ouvert, le point purulent encore à ouvrir, avaient pour origine les traumatismes violents et répétés auxquels il exposait cette région.

Pour atteindre la collection purulente qui s'ouvrait dans le rectum, au-dessus du rétrécissement, nous eûmes recours à la rectotomie linéaire; notre ponction au thermocautère partait de la base du coccyx pour tomber dans la première incision faite par notre interne quelques jours auparavant. Cette incision postérieure ouvrit un énorme clapier d'où s'écoulèrent quelques centaines de grammes de pus fétide.

Depuis ce jour la fièvre céda; la plaie se mit à bourgeonner activement; la diarrhée qui fatiguait le malade fut complètement tarie. Mais si les forces sont revenues, la cicatrisation est infiniment lente, et aujourd'hui, un mois et demi après l'opération, il reste encore une surface granuleuse; mais, chose remarquable, la rectite ulcéreuse et bourgeonnante a complètement cédé, et je crois que, débarrassé de ces abcès et de ces fistules, notre opéré sera guéri de toutes ces infirmités. Quant aux causes qui ont amené son mal, il jure qu'on ne l'y reprendra plus.

Communication.

Traitement des fractures du radius et du péroné par le massage. — Traitement des fractures para-articulaires simples et compliquées de plaie sans immobilisation. — Mobilisation et massage,

Par M. le Dr Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Voici bien longtemps déjà que j'ai insisté devant vous sur les inconvénients de l'immobilisation dans le traitement de certaines fractures. Contrairement à l'opinion de quelques-uns de nos collègues, je crois que l'immobilisation des jointures a des inconvénients sérieux, particulièrement chez les gens qui ne sont plus jeunes. Mais, à cet égard, l'immobilisation de certaines fractures est particulièrement redoutable.

On peut dire que toute fracture qui se fait dans une articulation ou bien au voisinage d'une articulation est appelée à déterminer momentanément ou définitivement des phénomènes d'enraidissement articulaire qui s'accompagnent presque toujours de douleurs plus ou moins vives et d'une impotence plus ou moins prolongée du membre correspondant. J'attache, pour ma part, une grande importance à ces phénomènes, et depuis longtemps je m'en suis préoccupé. Voir un individu atteint d'une aussi petite lésion que la fracture du radius et se sentant encore de son accident six semaines ou deux mois après l'accident m'a toujours paru regrettable ; les douleurs qui persistent si souvent au niveau d'une articulation tibio-tarsienne longtemps après une fracture du péroné m'ont souvent préoccupé. Je me demandais si le traitement par

l'immobilisation, communément adopté pour ces lésions si peu graves d'apparence, était bien celui qui devait donner les résultats les plus satisfaisants. Et comme d'autres fractures au voisinage des articulations présentent avec celles-ci des conditions communes, j'ai bientôt été amené à faire les mêmes réflexions et les mêmes recherches pour elles, surtout pour les fractures de l'olécrâne, pour celles de l'extrémité supérieure et de l'extrémité inférieure de l'humérus.

D'un autre côté je me suis demandé si l'habitude d'immobiliser quand même les os atteints de fractures répondait bien à un besoin de leur réparation. Il m'a été facile de constater que dans nombre de ces circonstances les os fracturés non immobilisés ou très incomplètement immobilisés se réparent parfaitement bien, surtout s'il s'agit des fractures où la tendance au déplacement des fragments est peu considérable.

J'ai commencé depuis longtemps l'expérience par la fracture du radius, pour laquelle je ne mettais jamais d'appareil que si un déplacement excessif nécessitait un redressement important, et encore j'en réduisais le maintien à peu de jours. J'avais en effet eu l'occasion d'observer plusieurs cas de fractures négligées après lesquelles le résultat fonctionnel était excellent, beaucoup meilleur que celui des fractures traitées régulièrement. Entre autres, il y a près de vingt ans, j'ai suivi le cas d'une vieille dame qui avait dissimulé une fracture du radius pendant une quinzaine de jours. La déformation était caractéristique ; mais après avoir un peu souffert les premiers jours, *elle s'était forcée*, disait-elle ; elle avait fait des mouvements malgré la douleur et avait conservé toute la souplesse de ses articulations, qui n'avaient jamais cessé de jouer. Elle avait 76 ans. Je vis en même temps une autre vieille dame de 70 ans qui, traitée pendant trois semaines pour une fracture du radius par un appareil d'immobilisation, souffrait tellement lors de la suppression de l'appareil, qu'on le renouvela pour une période égale. Elle ne recouvra jamais ni les mouvements de sa main, ni les mouvements du coude et de l'épaule, le bras ayant été placé dans une écharpe et serré contre le corps ; j'ai depuis cette époque bien des fois observé des faits analogues, et tant de fois traité la fracture du radius sans appareil, que la preuve de la possibilité de la réparation n'est plus à faire.

Pour des fractures pour lesquelles l'immobilisation paraît plus nécessaire, fracture de l'olécrâne, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus au voisinage de l'articulation, j'ai surtout eu l'occasion de voir le résultat de l'absence d'immobilisation chez des individus atteints de fractures avec plaie. Comme je me préoccupais surtout d'assurer l'asepsie de la plaie articulaire, je renou-

velais les pansements aussi souvent qu'il était nécessaire, sans immobiliser et j'ai obtenu des résultats excellents. Je pourrais citer entre autres le cas d'un monsieur âgé de 52 ans qui se fit, dans une chute, il y a près de cinq ans, une fracture de l'olécrâne avec plaie, ouverture de l'articulation du coude droit, hémorrhagie considérable. Je lui fis extemporanément un pansement antiseptique avec de l'alcool, puis plus tard avec de l'acide phénique. Il ne fut jamais immobilisé, mais soutenu dans une écharpe simple ; je lui fis des mouvements après chaque pansement. Trois semaines plus tard, il écrivait facilement, et ne s'est jamais ressenti de rien au point de vue fonctionnel. Il a un cal fibreux mais serré et très puissant.

J'ai vu récemment une femme plus jeune atteinte de fracture simple de l'olécrâne ; deux mois auparavant, la fracture avait été méconnue, on l'avait engagée à se servir de son membre, et les fonctions étaient parfaites, la déformation seule, peu accusée du reste, la préoccupait un peu. Si le médecin qui l'avait soignée n'avait pas fait une erreur de diagnostic, elle n'en aurait pas été quitte à si bon compte.

Il serait trop long du reste d'énumérer les cas nombreux où une certaine dose de mouvements n'entrave pas la réparation, la formation d'un bon cal, fractures de côtes, fractures traitées par l'extension continue, surtout les fractures du corps du fémur.

Il résulte donc de toute une série d'observations, que certaines fractures sont disposées de telle sorte que des mouvements modérés retentissent fort peu sur leur foyer, et même que les fractures supportent parfaitement une certaine somme de mouvements sans que la réparation en soit entravée. De là à traiter ces fractures sans appareil de contention, il n'y avait qu'un pas, je l'ai franchi depuis bien longtemps. Je ne mets d'appareil que s'il existe une difformité importante possible à réduire, et même dans ces cas je n'immobilise que bien peu.

Est-il possible d'aller plus loin en appliquant le massage à ces lésions ? C'est le second pas que j'ai franchi depuis deux ans ; car je viens vous entretenir d'une pratique tellement régulière dans mon service que mes élèves l'appliquent en quelque sorte sans me prévenir.

En traitant les fractures intra- ou para-articulaires sans immobilisation, comme je l'ai dit plus haut, on est frappé de voir les douleurs des premiers jours tomber assez vite pour ne plus revenir, et si le patient n'est point pusillanime, l'exercice des mouvements lui paraît chose toute naturelle. Rien que cette observation permet déjà de penser qu'ils pourraient être pétris avec avantage. Il est certain, l'expérience a été faite depuis longtemps, que parmi les

entorses soumises aux rebouteurs qui sont incapables de faire un diagnostic, un grand nombre sont des fractures du péroné. Les entorses tibio-tarsiennes sont rares et les fractures du péroné sont très communes; il arrive donc fatalement que des fractures soient massées, et cela avec beaucoup d'avantage ; car on ne peut pas contester non plus que les accidents soient rares, même entre les mains d'individus sans instruction et brutaux.

C'est là ce qui m'a amené à pratiquer le massage dans les fractures du radius et du péroné; je le pratique ou le fais pratiquer régulièrement, et il me donne de si bons résultats que j'ai pensé intéressant de vous entretenir de cette méthode paradoxale.

Je n'ai pas appliqué le massage de la même façon à toutes les fractures voisines des articulations. Pour les fractures à grand foyer, j'ai fait au début plutôt des mouvements communiqués qu'un massage immédiat. Pour les fractures de l'olécrâne, de l'extrémité supérieure de l'humérus, d'un condyle, j'ai provoqué des mouvements dès le début, et je n'ai fait le massage que vers la 3e semaine.

Pour les fractures du radius et du péroné, j'ai fait le massage dès la 1re semaine.

Quand un malade se présente, atteint de fracture du radius, huit fois sur dix la déformation est médiocre, point de nature à entraver les fonctions du membre, et du reste tous les efforts échouent pour faire le redressement dont on parle toujours, et qui n'est effectif que dans les fractures *à grandes déformations*. Les déformations petites ou médiocres ne se corrigent pas; le mécanisme de la fracture permet du reste de le comprendre.

Dans mon service, ordinairement on donne aux blessés deux ou trois jours de repos, en enveloppant le membre d'ouate et d'une bande peu serrée. Puis une première séance de massage est faite très doucement. Si elle est très bien supportée, elle sera renouvelée le lendemain, et dans bien des cas, en trois ou quatre séances, il n'y a plus de douleurs ; on laisse la main découverte et le malade l'exerce de telle sorte qu'au bout de quinze jours il est plutôt nécessaire de l'empêcher de se servir de sa main pour des travaux violents, que de le pousser à la remuer.

Si la sensibilité est trop vive, quelques jours de repos sont nécessaires. J'ai traité l'année dernière, en ville, un patient dont la sensibilité était exquise. Je lui ai fait faire une première séance de massage, seulement au bout de huit jours, par notre confrère le Dr Gautiez. Il ne fut jamais immobilisé. Après sept séances de massage, très doucement conduites, les résultats étaient si complets que le vingt et unième jour nous trouvâmes le patient roulant une cigarette avec une aisance parfaite; il nous serra la main

presque aussi vigoureusement avec la main atteinte qu'avec l'autre, et il ne fut plus question de cette fracture.

Voici les deux modes de traitement, qui présentent naturellement quelques variantes et demandent d'ordinaire de quatre à dix séances de massage et des mouvements doucement et méthodiquement provoqués.

Dès que les séances de massage ont été commencées, on peut engager le patient à se servir de sa main, sauf pour les grands efforts. Les mouvements spontanés et communiqués contribuent à faire disparaître la douleur et la gêne, et tout rentre dans l'ordre.

Pour la fracture du péroné, je procède d'une façon analogue. La méthode est là d'autant mieux applicable que la fracture, sans déplacement aucun, est la règle; on peut même faire le massage plus vite que pour la fracture du radius. Dès le lendemain de leur entrée, les malades ont été massés comme s'il s'agissait d'entorses. Il n'y a pas lieu de faire une première séance aussi longue que pour l'entorse, et nous évitons de passer juste au niveau de la fracture. Le premier et le plus important résultat, comme pour la fracture du radius, c'est de faire disparaître la douleur. Mais il faut prendre garde à une conséquence très caractéristique de cette intervention : la douleur ayant disparu, les blessés s'empressent de marcher sur le pied malade, et s'ils n'ont pas la raison de garder le lit ou de ne pas s'appuyer sur le membre blessé, il y a avantage à leur mettre un appareil après quelques séances de massage. Mais au bout de huit à dix jours le blessé peut marcher. J'ai toujours fait mon possible pour l'empêcher de se remettre sur ses pieds; mais, à plusieurs reprises, des patients se trouvant en très bon état ont carrément refusé de continuer à se soigner et sont partis.

J'ai revu ces blessés; souvent quelques-uns atteints d'autres lésions ont séjourné dans les salles; j'ai toujours vu chez eux les douleurs secondaires infiniment diminuées. Qui ne sait que les gens atteints de ces fractures du radius et du péroné, surtout les gens âgés, souffrent longtemps après : je n'ai plus vu ces douleurs chez les gens que j'avais traités par cette nouvelle méthode.

Je joins à ces considérations l'énumération d'un certain nombre de cas où ce traitement a été suivi pour des fractures du péroné et du radius; ce sont des exemples qui peuvent servir à indiquer le mode du traitement, sa durée et les résultats obtenus.

Observation I (M. Lavie, interne). — Le nommé André (Charles), âgé de 59 ans, monteur en bronze, entré le 15 juin 1885, salle Lisfranc, lit n° 11, sorti le 29 juin.

En marchant, cet individu fait un faux pas et tombe; à son entrée,

on constate une vaste ecchymose de la face externe de la jambe et du pied droit, de la douleur à l'occasion des mouvements imprimés au pied, douleur réveillée par la pression en deux endroits, au niveau des ligaments, et aussi plus haut, en un point limité à la base de la malléole externe. La sensibilité est ici extrêmement vive. Pas de déplacement, pas de mobilité. Le lendemain, on fait un premier massage qui est très léger; on n'applique ensuite pour tout appareil qu'un peu d'ouate sur le cou-de-pied, et deux jours après on recommence de nouveau le massage, qui est mieux supporté que la première fois. Le malade reste au lit. On fait ainsi quatre séances de massage, et le 28 juin, c'est-à-dire treize jours après l'accident, le malade peut se lever et marcher assez facilement. Le lendemain, 29 juin, il se trouve guéri et demande à sortir. La marche est facile, non douloureuse; le séjour au lit n'a duré que 13 jours et il n'y a eu aucun incident. Rappelons que le blessé avait 59 ans.

Obs. II. — Le nommé Treize (Jean), âgé de 35 ans, commis, entré le 10 août 1885, salle Nélaton, lit n° 17 *bis*, sorti le 21 août.

Cet homme s'est fait une fracture du péroné droit en tombant dans la rue. La fracture siège à la base de la malléole, la douleur provoquée y est très vive. Rien aux ligaments; pas de mobilité latérale, pas de déplacement. On n'applique pas d'appareil, et on masse à plusieurs reprises le pied blessé.

Les douleurs diminuent rapidement, et bientôt le malade se lève sans permission : on ne peut pas le maintenir au lit; il finit par quitter l'hôpital le 21 août, onze jours après son entrée. La guérison est dans ce cas si rapide qu'on peut se demander s'il n'y a pas eu simplement entorse. Mais la localisation précise et étroite de la douleur provoquée est un caractère bien net de la fracture.

Obs. III. — Le nommé Jost (Charles), âgé de 28 ans, cocher, entré le 18 septembre 1885, salle Nélaton, n° 3 *bis*, sorti le 5 octobre.

En tombant de cheval, cet homme s'est fait une fracture de la malléole externe gauche sans déplacement et sans mobilité anormale. En outre, une douleur très vive, réveillée par la pression en un point limité de l'extrémité de la malléole interne, fait supposer un petit arrachement de cette apophyse. Comme il n'y a pas de mobilité latérale du pied ni de déplacement, on n'applique pas d'appareil et on se contente d'une couche d'ouate et de séances de massage. Le malade sort, marchant sans aucune difficulté, le 5 octobre 1885, c'est-à-dire 17 jours après l'accident.

Obs. IV (Lavie). — Le nommé Domby (Édouard), âgé de 55 ans, imprimeur, entré le 12 octobre 1885, salle Lisfranc, n° 1, sorti le 20 novembre.

Le 8 octobre, chute en descendant d'une voiture; l'homme, très gros, est tombé sur le pied droit, la jambe repliée. A l'examen, le 12 octobre, on constate un point très douloureux à la base de la malléole externe, et un autre très limité à la pointe de la malléole interne. Vaste

ecchymose, pas de déplacement, pas de mobilité anormale. Diagnostic : fracture de la malléole externe avec arrachement d'un fragment de la malléole interne. On fait de suite une première séance de massage qui est bien supportée; le malade se trouve même beaucoup mieux après les manipulations. On n'applique pas d'appareil. Le massage est continué, et au bout de 15 jours le malade se lève. Les mouvements de la jointure n'ont pas la moindre raideur. Le malade est conservé à l'hôpital beaucoup plus longtemps qu'il n'était nécessaire; on a constaté que la guérison s'est maintenue parfaite jusqu'au jour de la sortie, le 20 novembre.

Obs. V. — La nommée Remy (Louise), âgée de 46 ans, journalière, entrée le 28 octobre 1885, salle Richard Wallace, n° 21, sortie le 14 décembre.

Chute sur le bord d'un trottoir, fracture du péroné gauche, un peu au-dessus de la malléole; vaste ecchymose, pas de déplacement, pas d'appareil; plusieurs séances de massage. Vers le milieu de novembre, la malade se lève et marche, boitant encore un peu; mais les jours suivants, la marche redevient progressivement normale. La malade sort le 14 décembre, guérie complètement déjà depuis longtemps ; aucun incident ne s'est produit jusqu'au jour de la sortie.

Le séjour de cette malade a été plus long, mais simplement parce que rien ne nécessitait son départ, et j'étais bien aise de suivre les effets du traitement, car elle marchait quinze jours après l'accident.

Obs. VI (Deroche). — Le nommé Bretonneau (Auguste), âgé de 47 ans, entré le 11 novembre 1885, salle Lisfranc, n° 6, sorti le 1er décembre.

Chute sur le poignet gauche, du haut de cinq marches d'escalier, avec une charge; petite plaie du front et fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche; déformation caractéristique, mais pourtant peu marquée. Couche d'ouate sur le poignet. Quatre séances de massage; puis le malade se masse lui-même. Guérison rapide; les mouvements sont libres, sans raideur; l'abduction et l'adduction restent un peu plus longtemps douloureuses; le malade sort guéri le 1er décembre, 20 jours après son entrée à l'hôpital.

Obs. VII (Deroche). — Le nommé Lanselle (Henry), âgé de 67 ans, forgeron, entré le 9 décembre 1885, salle Lisfranc, n° 20, sorti le 21 décembre.

Chute de sa hauteur sur la paume de la main. Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche; peu de déformation. Pas d'appareil. Deux séances de massage. Le malade sort le 21 décembre, douze jours après son accident; le poignet n'est pas encore très fort, mais il n'est plus douloureux, et tous les mouvements sont bons; cette absence de raideur est remarquable, en raison de l'âge du malade, 67 ans.

Obs. VIII (Deroche). — Le nommé Schœrer (Jean), 56 ans, carrier, entré le 2 décembre 1885, salle Lisfranc, n° 6, sorti le 21 décembre 1885.

Chute sur la face dorsale de la main gauche, le 30 novembre 1885.

Déformation, et tous les signes caractéristiques d'un fracture de l'extrémité inférieure du radius. Engrènement des fragments. Pas d'appareil. Massages. Guérison rapide avec intégrité de tous les mouvements, le 21 décembre, 22 jours après l'accident. Le malade sort sans appareil ouaté ou silicaté, comme tous les précédents, d'ailleurs.

Aux cas donnés plus en détail ci-dessus, je pourrais joindre les suivants pour 1886 :

Femme B..., 55 ans, fracture du péroné gauche, entrée le 24 décembre ; vingt jours de séjour.

Homme A. L..., entré le 20 janvier, fracture du péroné gauche; séjour, un mois; les douleurs étaient très vives à l'arrivée.

D. A..., 46 ans, entré le 22 mars ; fracture du péroné droit ; séjour, vingt et un jours.

H. A..., 40 ans, péroné gauche ; dix-neuf jours.

Dans le même temps, un homme de 58 ans a été massé pour fracture du radius.

Dans cette période, je n'ai vu revenir, se plaignant des suites d'une fracture, qu'un blessé; mais celui-ci avait été justement traité par trois semaines d'appareil plâtré : il souffrait; l'articulation était enraidie, et il revint séjourner du 14 mai au 8 juin. Des séances de massage tous les deux jours le guérirent de cette complication. Il resta pour dissiper cet enraidissement à peu près le temps nécessaire pour la cure ordinaire de la fracture du péroné par le massage.

Quant aux autres fractures que j'ai signalées en commençant, j'ai procédé d'une autre façon. Ce qui a dominé dans le traitement, ce sont plutôt les mouvements communiqués que le massage. Le massage n'a été appliqué que dans la suite du traitement et de façon à rétablir les mouvements plus complètement. Je vais citer une série de cas curieux.

Fracture du péroné droit avec écrasement du calcanéum; fracture de la jambe gauche, de la cuisse gauche; fractures de côtes; fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche avec plaie pénétrante du coude. — M. F..., âgé de 38 ans, s'est jeté du quatrième étage dans une tentative de suicide. La fracture de l'humérus a été traitée sans aucune immobilisation ; des esquilles ont été extraites, le foyer de la fracture a même suppuré. Malgré cela, le coude a conservé des mouvements; toutefois, ils sont limités ; mais le cal s'est bien fait, la solidité du membre est très satisfaisante.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche, compliquée de plaie; hémorrhagie; pas d'immobilisation; conservation des mouvements. — La femme T... (Françoise), âgée *de* 57 *ans*, dans une

chute d'un petit toit, s'est fait cette fracture, avec plaie largement ouverte, hémorrhagie grave, bruit caractéristique du sac de noix; l'extrémité inférieure de l'humérus est broyée. Pansement de Lister sans drainage; pas d'immobilisation à proprement parler, car on la place dans une gouttière d'où on la sort pour les pansements du coude. La malade, entrée le 29 décembre 1884, ne sort que le 2 mai 1885, mais à cause d'une violente contusion de la hanche gauche qui la fait souffrir. Le jour de la sortie, les mouvements du coude sont très satisfaisants. L'extension n'est pas tout à fait complète, mais elle serre bien avec la main, porte la main sur la tête, dans le dos; en un mot, se sert bien de son membre, sans douleur. Outre les mouvements constants du coude à chaque pansement, les mouvements ont été provoqués méthodiquement à partir de la troisième semaine.

Plus récemment, en 1886, *fracture de l'olécrâne gauche avec plaie chez une femme de* 72 *ans*. Séjour à l'hôpital du 19 mai au 5 juin (elle est revenue nous voir depuis). Elle sort 16 jours après l'accident, en très bon état; les mouvements sont limités, mais non douloureux. Elle n'a jamais eu d'autre immobilisation que le pansement; les premiers jours, elle a été déposée dans une gouttière large; elle en était sortie pour le pansement, et chaque fois elle était mobilisée. Au bout de 16 jours, elle commençait à se servir de sa main.

Enfin, pour montrer un autre mode d'intervention, signalons l'application d'un appareil pendant un temps relativement court, puis le massage régulièrement fait.

Le nommé V... (Isidore), *âgé de* 61 *ans*, entre le 4 mai 1885, pour *une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus au-dessus de l'extrémité inférieure de l'insertion deltoïdienne*. Cette fracture se réduit bien; il est placé dans un appareil plâtré; il a une fracture du radius du même côté. Il est maintenu trois semaines dans l'appareil; au moment où on l'en sort, les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont douloureux et laborieux. On lui fait une série de séances de massage, et ce vieillard sort quarante-deux jours après l'accident, ayant recouvré l'intégrité des mouvements de l'épaule.

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, avec bruit de noix. — Femme de 63 ans. Immobilisation pendant quinze jours avec une écharpe. Au bout de ce temps, on la mobilise, et quand elle quitte le service, *vingt-sept jours* plus tard, pour entrer dans un service de médecine (bronchite avec dilatation), elle commence à remuer le membre et à faire quelques mouvements avec la main.

J'ai laissé de côté les cas les plus simples; mais, par la seule énumération que j'ai donnée, vous voyez qu'il s'agit d'une expérience déjà longue.

Permettez-moi de rapprocher de ces faits la communication si curieuse de M. Tilanus, au congrès de chirurgie, sur le traitement

de la fracture de la rotule par la marche, et vous admettrez que je puisse arriver aux *conclusions suivantes :*

L'immobilisation dans le traitement des fractures est habituellement beaucoup trop prolongée et beaucoup trop généralisée.

Dans les fractures intra- et para-articulaires, elle présente de véritables dangers.

En dehors des cas de grands déplacements primitifs, les fractures du radius et du péroné n'ont aucun besoin d'immobilisation.

Le massage fait disparaître la douleur et favorise la réparation. Les mouvements provoqués rapidement préviennent les raideurs articulaires, les douleurs et l'impotence prolongée du membre.

Le massage bien conduit agit favorablement dès le début et comme complément du traitement de ces fractures. Il donne à la cure une durée très courte. Les fractures au voisinage d'articulations portant sur des surfaces plus larges comportent moins le massage primitif; mais elles guérissent très bien aussi sans immobilisation, et la mobilisation rapide et le massage secondaire leur réussissent à merveille.

Ces fractures compliquées de plaies et traitées de la sorte m'ont donné des résultats que l'immobilisation régulière ne procure presque jamais.

Enfin, les complications, les douleurs, l'impotence des membres qui suit la cure des fractures, sont dues, en général, à l'immobilisation des articulations voisines et éloignées, et dans ces cas aucun traitement ne vaut le massage pour faire disparaître les douleurs et rendre l'intégrité des fonctions.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,
E. DELENS.

Séance du 7 juillet 1886.

Présidence de M. LANNELONGUE, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine, parmi

lesquels le fascicule 6 du tome XII de nos *Bulletins et mémoires*;

2° Les *Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire* (3e et 4e partie du tome VIII, et 1re partie du tome IX);

3° M. le Dr Guermonprez (de Lille), membre correspondant, fait hommage à la Société de deux thèses : *Avantages du crin de Florence comme fil de suture*, par le Dr Paul Bigo, et *De l'Amputation de la jambe au lieu d'élection*, par le Dr Léon Delattre (Thèses de Paris, 1886) ;

4° M. le professeur Le Fort communique à la Société une *Observation de fibrome utérin compliqué de grossesse ayant amené la mort par asphyxie*, par M. le Dr Rességuet, chirurgien en chef honoraire de l'hôtel-Dieu de Toulouse (commissaire : M. Polaillon);

5° *Calcul enchatonné de la vessie, taille sus-pubienne, drainage, guérison. Taille hypogastrique pour calculs multiples*, etc., par le Dr Mouchet, de Sens (commissaire : M. Périer);

6° *Expériences sur la greffe oculaire intrapéritonéale*, par MM. Baraban et Rohmer, de Nancy (commissaire : M. Terrier);

7° *Ankylose osseuse rectiligne du coude, ankylo-ostéotomie trochléiforme*, par le Dr Defontaine, du Creuzot (commissaire : M. Terrier) ;

8° *Deux cas de gangrène dans les fractures du membre supérieur; commotion de la moelle épinière*, par le Dr Duménil (de Rouen), membre correspondant;

9° M. Périer adresse une lettre à la Société, dans laquelle il demande, pour raison de santé, un congé d'un mois.

Suite de la discussion sur l'ablation des tumeurs du pharynx.

M. Monod. La communication que M. Verneuil nous a faite dans la dernière séance soulève une double question :

1° Celle de l'existence des accidents pulmonaires à la suite des opérations graves pratiquées sur la bouche, ou du moins de la véritable cause de ces accidents;

2° Celle des meilleurs moyens à employer pour s'opposer à la septicité de ces plaies de la cavité buccale, plaies cavitaires dont personne ne conteste le danger.

Sur le premier point, je vous rappellerai qu'en Allemagne et en Angleterre des chirurgiens autorisés ne mettent pas en doute la fréquence des lésions pulmonaires survenues dans les conditions que nous envisageons ici, et les attribuent à la pénétration, dans

les bronches, de produits septiques provenant de la plaie. Je vous ai déjà cité à ce sujet l'opinion de Kocher (de Berne)[1] et de Barker[2].

Ce dernier auteur apporte à l'appui de la thèse qu'il défend la statistique établie par Schlapfer dans un travail paru à Zurich en 1878[3] : 50 opérés de tumeurs de la langue : 11 morts, sur 6 de pneumonie rapide, soit 12 0/0.

Barker a de plus relevé sur les registres de l'*University College Hospital* les cas semblables opérés de 1871 à 1877. 28 cas : 8 morts, dont 5 de pneumonie suppurée ou de pleurésie avec bronchite, 23.8 0/0.

Le Dr Lourneau avait préparé, sur ce sujet, pour le Congrès d'Alger, un mémoire qui n'a pas été publié.

Je lui dois du moins communication de deux observations inédites, recueillies dans le service du Dr Lannelongue (de Bordeaux), qui a autorisé M. Lourneau à me les envoyer.

Je résume ces deux faits, en insistant surtout sur les lésions trouvées à l'autopsie.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de 55 ans, atteint d'un épithélioma étendu de la langue et du plancher de la bouche, avec ganglions sous-maxillaires. L'ablation de toutes les parties malades est faite à l'aide de l'écraseur à travers une large voie ouverte de la région sus-hyoïdienne, en respectant le squelette de la mâchoire inférieure. Deux gros drains sont placés aux deux angles externes de la plaie réunie. Alimentation par la sonde œsophagienne.

Rien à noter pendant les trois premiers jours qui suivent l'opération, sinon un peu de toux avec expectoration de crachats purulents. La température ne s'élève pas au-dessus de 38°.

L'écoulement des liquides buccaux se fait bien par les drains.

Le quatrième jour au matin, on apprend que la nuit a été mauvaise. La respiration est bruyante, le pouls faible et irrégulier. La face et les extrémités sont refroidies. L'auscultation révèle une congestion pulmonaire des plus vives. Le malade n'a plus la force d'expectorer.

Mort à dix heures du matin.

Je reproduis intégralement la note remise par le Dr Piéchaud sur l'état du cadavre trente-six heures après la mort.

Plaies. Les sutures superficielles ont bien tenu, et amené une réu-

[1] Kocher, Ueber Radicalheilung der Krebses (Extirpatio pharyngis) (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1880, t. XIII, Heft. 1 et 2, p. 135).

[2] Barker, Four excisions of the tongue, with preliminary tracheotomy in three; with remarks (*Lancet*, avril 1879).

[3] Schlapfer, Ueber die vollstaendige Extirpation der Zunge (*Monographie*, Zurich, 1878, p. 204, 1 planche in-8°).

nion immédiate de la plaie opératoire. Bien que l'opération ne datât que de quatre jours, on peut dire que la cicatrisation était assurée à bref délai. Aucune tuméfaction, aucune ulcération au niveau des points de suture. Tous les tissus de la région sus-hyoïdienne sont en parfait état. Du côté de la bouche, la réunion entre la langue et le plancher est moins avancée, mais rien de particulier n'est à noter de ce côté.

Thorax : cœur normal.

Poumons congestionnés dans toute leur étendue.

Le droit, à la coupe, est rouge, mais laisse écouler peu de liquide.

Le gauche laisse échapper par la pression une notable quantité de sérosité mêlée de sang et de pus. Son tissu friable ne crépite plus sous le doigt et flotte entre deux eaux.

Les plèvres n'offrent que des adhérences anciennes.

Dans son ensemble, l'arbre respiratoire sectionné laisse échapper un liquide spumeux, purulent et strié de sang, analogue aux crachats expectorés par le malade.

La *muqueuse trachéo-bronchique* est très rouge, recouverte çà et là d'un enduit purulent. En aucun point cependant la lumière de ces conduits n'est oblitérée.

La seconde observation de M. Lannelongue a trait à un homme présentant une récidive dans les ganglions sous-maxillaires d'un épithélioma de la lèvre. Il fallut, pour faire une ablation complète, sacrifier un fragment du maxillaire inférieure et la partie attenante du plancher de la bouche. La dissection des ganglions fut suivie presque dans la région carotidienne.

Il en résulta une vaste plaie opératoire communiquant avec la cavité buccale. Elle fut réunie par des points de suture et largement drainée.

Après l'opération, beaucoup de tuméfaction des parois, grande gêne de la déglutition, légère dyspnée.

Ces troubles s'accentuent par la suite, et le malade éprouve une difficulté croissante pour expectorer les crachats.

Vers le septième jour, le sujet, très affaibli, meurt avec des signes de congestion pulmonaire à gauche.

Autopsie faite par M. Piéchaud :

La plaie du cou contient beaucoup de détritus putrilagineux ; ses parois sont grisâtres.

La trachée, la bronche gauche et le poumon gauche contiennent une grande quantité de liquide épais, absolument analogue à celui de la plaie opératoire. C'est évidemment du liquide purulent tombé de la bouche dans les voies respiratoires au moment de l'inspiration, quand le malade ne pouvait expectorer à cause du gonflement des parties et de la douleur réveillée par les moindres mouvements d'expuition.

On constate de plus une congestion pulmonaire très intense à gauche.

Rien au poumon droit, rien aux autres viscères.

Je rapproche de ces deux faits deux autres observations, plus

démonstratives encore, publiées par M. Aug. Broca, l'an dernier, dans le *Bulletin de la Société anatomique* (1885, p. 90 et 225).

La première, donnée sous ce titre : *Épithélioma lingual; extirpation de la langue au thermocautère par la voie sus-hyoïdienne ; broncho-pneumonie gangreneuse.*

L'incision sus-hyoïdienne fut suturée avec drain transversal. Pansement avec de l'ouate saupoudrée d'iodoforme. Lavages de la bouche avec une solution de chloral à 5 0/0. Alimentation avec la sonde nasale.

Le malade, homme de 55 ans, alla bien pendant les premiers jours. La réunion de la plaie se faisait. La suppuration de la plaie était louable et le malade veillait avec soin à la propreté de la cavité buccale.

Mais le 4e jour au soir la température s'élève à 39°,2. Dans la nuit, légère hémorrhagie arrêtée par la compression. Le lendemain la fièvre persiste. Il s'écoule par le drain un liquide ressemblant à du jus de pruneaux. La cavité buccale était remplie de caillots exhalant une mauvaise odeur.

Le surlendemain la plaie va bien et l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. Mais il y a toujours de la fièvre. Le malade est pâle. Un peu de submatité à la base du poumon droit ; râles bulleux des deux côtés.

Les jours suivants les phénomènes thoraciques s'accentuent. Souffle tubaire à droite.

En même temps l'état général s'aggrave rapidement, et le malade meurt 4 jours après l'opération, 7 jours après le début de la complication.

Autopsie. Les deux lèvres de la plaie sus-hyoïdienne se sont réunies par première intention. Après désunion, on tombe dans une cavité dont les parois sont en bon état ; pas de clapier purulent, pas de sphacèle, pas de mauvaise odeur, pas de caillots.

Tous les viscères sont sains, sauf les poumons.

A la base droite, broncho-pneumonie pseudo-lobaire de tout le lobe inférieur, avec congestion du lobe supérieur.

Les parties les plus inférieures de ce lobe sont en outre manifestement gangrenées ; leur odeur est fétide, leur couleur noirâtre. Des détritus putrilagineux remplissent plusieurs cavités anfractueuses.

Dans le lobe inférieur du poumon gauche, les lésions sont beaucoup moins avancées. Il y a des noyaux de broncho-pneumonie disséminés. On constate de plus l'existence d'une géode, grosse comme une noix environ, remplie de bouillie gangreneuse, mais remarquable par la netteté de ses parois, bien moins anfractueuses que celles des cavités analogues du poumon droit.

La seconde observation de M. Broca ne diffère pas sensiblement de la précédente.

Il s'agit d'un homme de 56 ans, atteint d'un épithélioma récidivé

du plancher de la bouche. Après résection de 4 centimètres du maxillaire inférieur, tout le plancher de la bouche, les deux glandes sous-maxillaires et les ganglions voisins furent enlevés au thermocautère. Suture partielle de la plaie, qui est laissée béante à droite. Pansement à l'iodoforme. Alimentation à l'aide de la sonde nasale.

Le malade va bien tout d'abord, mais le 4e jour, hémorrhagie qui se reproduit les jours suivants, de plus en plus forte. Il fallut désunir les lèvres de la plaie. Celle-ci était pleine de caillots putrides et exhalant une odeur infecte.

L'hémorrhagie s'arrête, mais le malade commence à tousser — on était au 8e jour de l'opération. La toux s'accentue de plus en plus, incessante, très fatigante. Dyspnée. A l'auscultation, râles muqueux dans presque toute la hauteur des deux poumons. A la base droite, matité et râles plus fins ; vers la partie moyenne, souffle assez étendu.

Mort 5 jours après le début de la complication pulmonaire, le 13e jour de l'opération.

A l'autopsie, on trouve les deux poumons congestionnés avec noyaux de broncho-pneumonie.

Le lobe inférieur du poumon droit n'est plus qu'un détritus gangreneux.

J'accepte absolument cette manière de voir.

Aussi bien n'est-elle pas d'accord avec ce que l'on sait aujourd'hui de la pathogénie des gangrènes pulmonaires en général ?

M. Germain Sée, dans son livre récent sur *les Maladies spécifiques du poumon* (Paris, 1885, p. 412 et suiv.), Cornil et Babès, dans leur bel ouvrage sur *les Bactéries* (2e édit., Paris 1886, p. 394), n'hésitent pas à rapporter l'origine des gangrènes pulmonaires à la pénétration dans les poumons de microbes septogènes.

« Il existe, écrit M. Sée, toute une série d'agents de putréfaction qui arrivent directement aux poumons ; ce sont des fragments gangreneux, venant de la bouche ou du pharynx, et contenant eux-mêmes la bactérie putride. Chez les enfants atteints de *noma*, la mort a lieu très souvent par la gangrène du poumon. Il en est de même lorsque le sphacèle occupe le pharynx, ou bien encore lorsque, *à la suite d'opérations pratiquées dans la cavité bucco-pharyngienne*, il s'y établit une suppuration. Or, que se passe-t-il dans ce cas ? Pour résoudre le problème de cette multiplication des gangrènes, on avait imaginé une diathèse gangreneuse ; c'est un mot familier à la philosophie médicale ; la réalité est plus simple. Il s'agit en effet et uniquement de bactéries, de leptothrix de la bouche et de l'arrière-bouche, qui se dégagent des parties sphacélées et pénètrent dans le poumon, où elles se multiplient. »

MM. Cornil et Babès ne sont pas moins affirmatifs :

« De l'introduction dans les voies aériennes de ces diverses

substances (parcelles alimentaires entraînant avec elles des bactéries de la bouche, le leptothrix buccalis en particulier ; mucus salivaire contenant des fragments de tissu mortifié et putride ; pus septique, etc.,) résulte, disent-ils, une inflammation spéciale des extrémités bronchiques et une mortification avec décomposition putride des parties plus ou moins étendues du poumon, transformé alors en une ou plusieurs cavernes gangreneuses. Dans les crachats à odeur nauséeuse qui proviennent du foyer gangreneux, on trouve des leptothrix et une série d'autres micro-organismes.

« D'une façon générale, ajoutent-ils plus loin, lorsque le foyer gangreneux du poumon est en communication avec la bouche ou le tube digestif, on y constate, aussi bien que dans le tissu voisin, une quantité considérable de bactéries de la bouche et du tube digestif (leptothrix, spirochœtes, etc.). »

Je m'appuie sur ces hautes autorités pour soutenir que les gangrènes pulmonaires qui peuvent se produire chez nos opérés de la bouche doivent être d'origine bactérique.

Je ne dis pas que cette complication soit fatale ; je ne nie point qu'il ne faille de plus un terrain de culture favorable, préparé soit par des hémorrhagies anciennes, soit par le traumatisme opératoire, soit encore par l'âge du malade.

Je prétends du moins que le transport, si facile à comprendre, des produits septiques de la bouche dans les voies aériennes me paraît être le meilleur moyen d'expliquer les gangrènes pulmonaires observées dans ces conditions.

A titre de contre-épreuve, si je puis m'exprimer ainsi, permettez-moi de vous rappeler les intéressantes expériences de Feld, dont il a donné le résultat dans une thèse soutenue à Bonn en 1878, et qui avaient précisément pour objet de rechercher l'origine de la *Schluckpneumonie.* Cherchant à savoir si la présence de corps étrangers dans les voies aériennes suffit à elle seule pour provoquer l'inflammation du poumon, il introduit dans les petites bronches de lapins vivants, avec les précautions antiseptiques habituelles, de petites boulettes de cire préalablement désinfectées. Les animaux étaient tués au bout d'un temps qui variait de 2 à 8 jours. Les lésions constatées étaient celles d'un trouble mécanique de la circulation pulmonaire ; jamais de lésions inflammatoires proprement dites. Il en concluait naturellement qu'un élément septique ou du moins phlogogène devait s'ajouter, dans les circonstances ordinaires, aux corps étrangers, pénétrer dans le poumon pour produire les lésions observées chez l'homme.

[1] Feld, Experimentelle Beiträge zur Schluck und Vagus pneumonie (*Thèse*, Bonn, 1878).

Il est clair que la question, surtout au point de vue chirurgical où nous nous plaçons, appelle de nouvelles recherches. Il me semble cependant que l'hypothèse que je défends n'est pas irrationnelle, et mérite d'être prise en considération.

Sur le second point touché par M. Verneuil, à savoir le meilleur moyen de s'opposer à la septicité des plaies de la bouche, je sérai très bref.

J'ai déjà dit deux mots dans une précédente séance sur mon sentiment à ce sujet.

Je considère la trachéotomie préventive comme un moyen à la fois simple et puissant de réaliser l'asepsie complète du champ opératoire. Combinée avec l'usage de la sonde nasale, elle permet de supprimer complètement, si je puis ainsi dire, l'existence même de la bouche au point de vue fonctionnel ; les tampons de gaze iodoformée, enfoncés profondément jusque vers l'orifice supérieur du larynx, interceptent d'ailleurs complètement l'accès des voies aériennes.

Quelques-uns de mes collègues m'ont fait remarquer que, sans trachéotomie, à l'aide de lavages répétés et de gaze iodoformée, mais abondamment pressée, ils obtenaient d'excellents résultats.

Cette opinion ne me paraît vraie que pour les opérations portant sur la langue et sur les parties antérieures de la bouche.

Pour celles qui intéressent l'arrière-gorge, je crois avec mon collègue et ami M. Marchand que la trachéotomie est mieux appropriée au but poursuivi.

Pour ces dernières, M. Verneuil, condamnant cette pratique, conseille la large ouverture des parties molles et du squelette, et la béance de la plaie, maintenue jusqu'à complète guérison.

Ce traumatisme considérable et la longue durée de la période de réparation qui le suit ne sont pas toujours, semble-t-il, sans avoir des inconvénients.

J'ajoute que dans deux des observations que j'ai rapportées plus haut, la première de M. Lanelongue, et la deuxième de M. Broca, les accidents pulmonaires se sont déclarés sans cause appréciable chez des individus dont les plaies étaient maintenues dans un état d'asepsie en apparence absolue.

Je serais cependant disposé à me rallier aux vues de M. Verneuil, s'il m'était démontré que la trachéotomie, même faite chez l'adulte, présente des dangers sérieux.

Cette preuve, me semble-t-il, est encore à faire.

M. Polaillon. Dans la communication que M. Verneuil nous a faite à la séance du 16 juin, il y a deux points à considérer, la

trachéotomie préventive, qu'il n'admet pas comme moyen de prévenir les pneumonies à la suite des opérations sur l'arrière-bouche, et la *non-réunion de la plaie faciale*, pour permettre les lavages, les pansements, en un mot l'asepsie facile du foyer opératoire. Permettez-moi, messieurs, de vous donner mon opinion sur ces deux procédés et de faire connaître les faits qu'il m'a été donné d'observer.

Depuis 1878 que je pratique à l'hôpital de la Pitié, j'ai eu à soigner 37 malades atteints de cancers étendus de la bouche. Je ne comprends dans ce nombre que des cancers envahissant à la fois la langue et le plancher buccal, ou des cancers se propageant aux maxillaires, ou encore des cancers de l'amygdale s'étendant au voile du palais et au pharynx. Je néglige tous les petits cancroïdes des lèvres ou de la langue qui n'ont pas nécessité une opération grave.

Sur ces 37 malades, 18 ont été jugés inopérables ou ont refusé l'opération, et sont sortis de l'hôpital après un séjour plus ou moins prolongé. Je n'en ai suivi que 4 : un est mort brusquement sans cause connue ; un autre a succombé par des hémorrhagies buccales ; deux autres sont morts de cachexie *sans l'intervention d'une pneumonie ultime.*

Aux 19 malades qui ont subi une opération, j'ajoute un opéré de résection du maxillaire inférieur pour une constriction des mâchoires et pour une restauration de la joue tombée en gangrène à la suite d'une fièvre typhoïde. Ces opérés ont donné les résultats suivants :

12 guérisons ou succès opératoires incontestables, car la récidive plus ou moins précoce est malheureusement la règle dans les cancers étendus de la bouche (obs. I, II, IV, VII, XI, XII, XIV, XV, XVII, XVIII, XIX et XX).

8 décès dont les causes sont :
- 1 par syncope à la fin de l'opération (obs. III).
- 1 par hémorrhagie foudroyante précoce (obs. VIII).
- 2 par hémorrhagie secondaire (obs. V, VI).
- 2 par septicémie buccale et infection purulente (obs. X et XVI).
- 2 par pneumonie (obs. IX et XIII).

I. Il est évident que la pneumonie, qui a causé le quart des décès dans ma statistique, est un accident qu'il faut prendre en sérieuse considération, afin de chercher à l'éviter. Mais la trachéotomie préventive permet-elle d'atteindre ce but ? L'examen de mes observations me porte à en douter.

Le nommé B... Alfred (obs. XIII), qui avait subi une résection de la portion médiane du maxillaire inférieur et une ablation des

trois quarts antérieurs de la langue et du plancher de la bouche, était nourri par une sonde introduite dans le nez. Malgré les gargarismes, les irrigations intra-buccales et les pulvérisations antiseptiques très fréquentes, je ne parvins pas à combattre complètement la fétidité extrême de sa plaie (à cette époque, je n'employais pas encore les tampons de gaze iodoformée). Le cinquième jour, le patient se plaint d'un peu d'oppression. On entend des ronchus dans la poitrine. Pas de frisson. Les jours suivants, la plaie prend un meilleur aspect, après l'élimination d'un lambeau de tissu cellulaire sphacelé. Mais la température s'élève. Il se forme un empâtement phlegmoneux au cou. Souffle et râles crépitants dans le poumon droit. A l'autopsie, on trouve une pneumonie suppurée à droite et une congestion pulmonaire à gauche. Dans les bronches, aucune parcelle alimentaire. Je rappelle que l'opéré avait été nourri par une sonde. La septicité buccale et la fétidité de l'haleine ont probablement été la cause de la pneumonie, parce que mon antisepsie a été insuffisante. Mais je me demande si l'air inspiré par une canule trachéale placée au voisinage de la plaie sus-hyoïdienne aurait été assez pur pour éviter la pneumonie septique.

Tout dépend, à mon avis, de l'asepsie de la plaie buccale. Si celle-ci est sensiblement aseptique, la trachéotomie préventive est inutile. Si on ne parvient pas à la rendre aseptique, si un phlegmon septicémique se propage aux organes du cou, la trachéotomie ne donne qu'une sécurité illusoire contre le développement d'une pneumonie. Et j'ajoute qu'elle apporte un danger de plus à celui de l'opération.

Dans mon second cas de mort par pneumonie (obs. IX), l'amygdale droite, la moitié correspondante du voile du palais, une partie du pharynx et de la base de la langue avaient été enlevées. Le maxillaire inférieur avait été sectionné pour faciliter l'opération. Comme l'opéré n'avait pas été alimenté avec une sonde, nous avons cherché avec soin s'il n'y avait pas des parcelles alimentaires ou d'autres corps étrangers dans les bronches ; nous n'en avons pas trouvé. Cet homme, qui était fort âgé et emphysémateux, et qui avait l'habitude de porter des vêtements de laine fort épais, a eu la poitrine découverte pendant l'opération. Il a subi un refroidissement et a contracté, ce qui n'étonnera personne, une broncho-pneumonie. Celle-ci s'est manifestée dès le lendemain. Je ne crois pas que je l'eusse évitée en pratiquant la trachéotomie préventive. Au contraire, je l'aurais provoquée peut-être plus sûrement.

Enfin, il ne faut pas compter comme des pneumonies post-opératoires les cas dans lesquels les malades meurent d'infection purulente avec des abcès métastatiques dans les poumons. L'un des deux malades (obs. X) qui succombèrent à l'infection puru-

lente présentait dans les deux poumons plusieurs abcès métastatiques qui n'existaient dans aucun autre organe. Dira-t-on que cet opéré n'aurait pas eu d'abcès métastatique si je l'avais fait respirer par une canule trachéale?

L'utilité de la trachéotomie préventive en tant que moyen d'empêcher le développement d'une pneumonie septique après les grandes opérations sur la bouche et le pharynx ne me paraît donc pas démontrée. Je suis tout à fait d'accord sur ce point avec le professeur Verneuil.

II. Mais je me sépare de notre éminent collègue, lorsqu'il conseille de ne pas réunir les lambeaux pour mieux assurer l'antisepsie buccale.

Sauf des cas exceptionnels, où il est indiqué de faire plusieurs ablations successives, soit pour ménager les forces du malade, soit pour parachever la destruction d'une production morbide, il y a tout avantage à débarrasser le patient d'un seul coup, et à rétablir par la suture de la joue et des lèvres la symétrie de son visage. Vous avez sans doute observé, comme moi, qu'après les grands délabrements de la face, le premier souci du malade est de regarder dans un miroir s'il n'est pas trop défiguré. Une restauration complète lui donne confiance dans une guérison prochaine. Mais s'il voit ou s'il sent que sa bouche est largement fendue, l'effet moral est déplorable. Il ne comprend pas une aussi grande plaie pour un mal caché dans les profondeurs de la bouche. Il s'inquiète, perd son entrain et son appétit, et quelquefois refuse de se laisser alimenter par la sonde, tout cela au grand détriment d'une bonne et rapide cicatrication.

Il faut aussi considérer que les lambeaux non réunis suppurent plus ou moins longtemps, et exposent, par conséquent, aux accidents des plaies qui suppurent. Puis, quand ils se réunissent par l'adhésion des bourgeons charnus, la cicatrice n'est jamais aussi régulière que si la réunion avait eu lieu par première intention, résultat qui n'est pas à dédaigner quand il s'agit de la face.

Cependant les défectuosités de la restauration, la longueur de la guérison, le trouble moral qui résulte pour le malade de la vue de sa plaie béante, seraient des considérations d'importance secondaire, si l'antisepsie buccale exigeait la non-réunion des lambeaux. Ai-je besoin de rappeler que nombre de plaies buccales et pharyngiennes se cicatrisent avec une rapidité toute particulière sans antisepsie? Si, dans des cas plus graves, l'haleine prend une mauvaise odeur, quelques gargarismes alcoolisés en viennent à bout. Si la fétidité persiste, on ajoute aux gargarismes, souvent renouvelés, des pulvérisations et des irrigations avec une solution

phéniquée ou avec une solution d'hydrate de chloral. Si la plaie est anfractueuse, on la tamponne avec des bourdonnets de gaze iodoformée, qui est dans ce cas un admirable antiseptique. Enfin, si le patient ne peut s'alimenter par les voies naturelles, et si les aliments s'accumulent et se corrompent dans quelque arrière-cavité, on le nourrit avec le tube de Faucher ou avec la sonde œsophagienne passée par le nez. L'écartement naturel des mâchoires et des lèvres suffit pour l'application de ces moyens antiseptiques, que je complète quelquefois par un drainage dans la région sus-hyoïdienne ou dans le voisinage de l'angle de la mâchoire inférieure.

La non-réunion des lambeaux, qui me paraît inutile dans le seul but d'obtenir l'antisepsie buccale, est pourtant un procédé qui mérite d'être conservé. Comme la résection temporaire du maxillaire supérieur ou des os propres du nez, il permettra de compléter en plusieurs séances une opération qu'il aurait été trop difficile ou trop dangereux d'exécuter en une seule fois.

Si j'avais connu le procédé de M. Verneuil, un échec récent m'aurait été épargné. Il s'agit d'un jeune garçon que j'ai perdu au moment où je terminais l'ablation d'un énorme polype naso-pharyngien ramifié dans les fosses nasales, le sinus maxillaire, la bouche et la fosse ptérygo-maxillaire (obs. 3). Cet échec, dont on trouve plusieurs exemples dans le cours d'opérations semblables, doit être attribué à des causes multiples, telles que la chloroformisation prolongée, l'asphyxie partielle par l'inspiration d'une certaine quantité de sang, surtout l'hémorrhagie opératoire, hémorrhagie d'autant plus grave que le sujet était très affaibli par des épistaxis antérieures. Bref, ces causes multiples ont amené, dans ce cas, une syncope mortelle, que j'aurais sans doute évitée en ne faisant qu'une ablation partielle, et en ne réunissant pas l'incision de la joue, afin de compléter l'ablation dans des séances ultérieures. La non-réunion, dans ces cas, est un procédé qui peut donner d'excellents résultats.

III. Dans les opérations sur l'arrière-bouche, je pratique les incisions d'une manière un peu différente de celle que M. Verneuil a adoptée. J'ai publié ce procédé en 1883 (*Gazette des hôpitaux*, n° 34, p. 266). Voici sa description succincte : une incision est faite le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, depuis le lobule de l'oreille jusqu'au niveau du cartilage thyroïde. Cette première incision permet de dégager l'angle de la mâchoire, d'extraire les ganglions dégénérés et, au besoin, de lier la carotide externe. Une seconde incision, qui comprend toute l'épaisseur de la joue, part de la commissure labiale et vient rejoindre la première (*fig.* 1). Le

lambeau triangulaire, qui en résulte, est rapidement détaché du maxillaire inférieur et rabattu sur le cou. Si cela est nécessaire, on sectionne ou on résèque une portion du maxillaire inférieur. On obtient ainsi un espace et un jour considérables pour enlever une portion du pharynx et de l'isthme du gosier.

L'ablation étant terminée, je rétablis immédiatement la commissure labiale en suturant la joue avec grand soin. Je place dans la bouche, au niveau de l'angle de la mâchoire, une éponge ou plutôt un gros tampon de gaze iodoformée attaché à un double fil qui sort

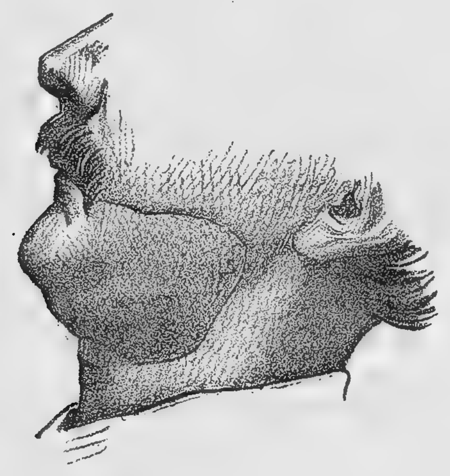


Fig. 1.

Trace des incisions pour l'ablation d'un cancer de l'amygdale, de la base de la langue et du plancher buccal, avec résection d'une portion du maxillaire inférieur et ligature de la carotide externe. Résultat après la cicatrisation. (Obs. VII). — Dessin par M. Glover, élève du service.

par l'incision sterno-mastoïdienne. Cette incision est suturée à son tour et drainée. La tampon intra-buccal est attaché à un autre tampon extra-buccal qui a pour usage de maintenir le premier et de comprimer légèrement la suture. Un pansement de Lister est appliqué et maintenu par une couche d'ouate et une bande de tarlatane mouillée. Le malade est nourri avec une sonde œsophagienne, si la déglutition est impossible ou difficile.

Dès le quatrième ou le cinquième jour après l'opération, la réunion de la joue est complète. L'incision cervicale est aussi en partie réunie. La partie moyenne, qui donnait passage à un drain et au fil du tampon intra-buccal, communique encore avec la cavité de la bouche et suppure. On n'a plus qu'à prévenir, par des pansements, par des gargarismes, par des pulvérisations et par

des irrigations fréquentes, l'altération septique de la suppuration et des sécrétions buccales. Sur mes six opérés de cancer de l'amygdale et du pharynx, d'après ce procédé, aucun n'a succombé à une affection septique. Après la cicatrisation, la déformation est vraiment très légère, comme on peut en juger par la figure ci-jointe.

IV. Dans les ablations du pharynx, il faut non seulement se créer un large accès jusqu'à l'organe malade, mais encore se mettre à l'abri de la perte excessive du sang. Quand on n'a affaire qu'à la faciale et à la linguale, il est facile d'en pratiquer la ligature dans la plaie ; mais quand on a affaire en même temps aux nombreuses branches de la maxillaire interne, qui inondent de sang le champ opératoire, on est aux prises avec de sérieuses difficultés pour modérer cette hémorrhagie, pour empêcher la suffocation du patient, pour bien voir toutes les parties à enlever, en un mot, pour terminer l'opération d'une manière complète. On peut, par l'exérèse avec le thermocautère et l'anse galvanique, combattre dans une certaine mesure la déperdition sanguine. On peut prévenir la suffocation du malade par la trachéotomie préventive, qui est tout à fait indiquée dans ces cas. Mais n'arriverait-on pas plus sûrement au but en supprimant la source même de l'hémorrhagie ?

Comme la plupart des branches de la carotide externe sont intéressées dans les opérations qui portent à la fois sur le pharynx, l'isthme du gosier et la base de la langue, j'ai eu l'idée de lier au préalable le tronc de cette artère. Au lieu de pratiquer la trachéotomie préventive, j'ai fait la ligature préventive de la carotide externe.

Cette manière de procéder est excellente pour l'exécution de l'opération. N'étant plus gêné par le sang, on voit nettement tout ce qui est malade et on l'enlève largement. Mais le résultat consécutif n'est pas encourageant, puisque, sur six ablations du pharynx, cinq fois avec ligature préventive de la carotide externe et une fois avec ligature préventive de la carotide primitive, trois opérés ont succombé à des hémorrhagies secondaires foudroyantes ou très graves venant de la carotide.

Dans tous ces cas, j'avais fait la ligature de la carotide externe dans un point aussi éloigné que possible et sans couper le tronc artériel au delà de la ligature. Je m'étais servi d'un fil de catgut, que j'avais coupé près du nœud, puis j'avais suturé les tissus pardessus l'artère liée.

Or, dans ma courte expérience sur ce point, j'ai constaté que, si l'incision de la ligature se met à suppurer, l'inflammation suppurative gagne la tunique externe de l'artère, qui s'ulcère et se rompt

au niveau du point où le fil a sectionné les tuniques internes. Comme il n'y a généralement point de caillot obturateur, il en résulte une hémorrhagie foudroyante. Chez les deux malades qui ont guéri, la réunion immédiate s'était opérée au niveau de la ligature.

De sorte que, si l'on conserve la ligature préventive de la carotide externe pour exécuter plus sûrement et plus facilement les ablations du pharynx, il faudra à l'avenir faire en sorte que l'incision de la ligature soit séparée du reste de la plaie maxillaire et pharyngienne, qui suppure fatalement, afin que l'inflammation suppurative de celle-ci ne se propage pas jusqu'à l'artère liée.

En outre, comme j'ai constaté à l'autopsie qu'il ne se forme pas toujours un caillot obturateur dans le bout central de l'artère carotide externe liée, il faut faire porter la ligature sur les branches plutôt que sur le tronc de cette artère.

Enfin, pour se mettre à l'abri d'un retour possible de la perméabilité de l'artère après la résorption du fil de catgut, il faut faire une double ligature et couper le tronc artériel entre les deux fils.

Les faits cliniques que je publie à la suite de ce travail, m'amènent aux conclusions suivantes :

La pneumonie est un danger très réel après les grandes opérations sur la bouche et sur le pharynx.

Mais le principal danger des opérations qui intéressent spécialement l'isthme du gosier et le pharynx est l'hémorrhagie.

L'antisepsie de la plaie buccale est le meilleur moyen de mettre l'opéré à l'abri de la pneumonie.

La trachéotomie préventive est indispensable lorsqu'on redoute une suffocation pendant l'acte opératoire. Elle me paraît peu utile contre la pneumonie consécutive.

La ligature préventive de la carotide externe contre les hémorrhagies pendant et après les grandes opérations sur le pharynx ne doit être conservée qu'à la condition d'être antiseptique, de porter sur ses branches plutôt que sur son tronc, d'être double avec section intermédiaire des artères liées.

FAITS CLINIQUES

A. *Opérations de résection du maxillaire supérieur pour des tumeurs.*

3 opérés : 2 guéris, 1 mort.

Observation I. — Le nommé Berger (Jean), journalier, âgé de 43 ans, entre le 13 décembre 1878 à l'hôpital de la Pitié, pour un sarcome du maxillaire supérieur droit.

Le 3 janvier 1880, chloroformisation. Incision unique, courbe, partant de la commissure labiale droite et remontant jusque sur la face externe de l'os malaire. Résection totale du maxillaire supérieur. Suture de l'incision de la joue. Réunion immédiate. Guérison sans accidents. Appareil dentaire prothétique. Sortie de l'hôpital au bout de trois mois.

Le 21 novembre 1882, il rentre à la Pitié pour une récidive dans l'orbite et les fosses nasales, qu'il n'est pas opportun d'opérer. Succès opératoire.

Obs. II. — Dépalle (Claude), sabotier, âgé de 40 ans, porte depuis 4 ans un carcinome ulcéré de la joue droite ayant envahi le maxillaire supérieur. Dégénérescence d'un ganglion sous-maxillaire. Il entre à la Pitié le 29 novembre 1880.

Le 8 décembre, chloroformisation. Ablation du ganglion sous-maxillaire avec une portion de la glande sous-maxillaire qui lui adhère. Incisions à la joue circonscrivant la tumeur ulcérée. Résection du maxillaire supérieur en enlevant le plancher de l'orbite et en conservant les incisives. Autoplastie de la joue. Suture métallique des incisions. Pansement de Lister. Réunion immédiate. Guérison très rapide.

Le 18 mai 1885, il rentre à la Pitié pour une récidive. Le carcinome a envahi l'orbite et produit de l'exophthalmie. Dégénérescence des ganglions carotidiens. Jugé inopérable à nouveau, il quitte l'hôpital.

Obs. III (recueillie par M. Dumoret, interne). — *Polype naso-pharyngien; — Résection du maxillaire supérieur. — Mort à la fin de l'opération.*

Le nommé Laconche (Michel), âgé de 18 ans, profession de maçon, entre, le 5 avril 1886, salle Broca, lit n° 28.

Aucun renseignement sur l'affection à laquelle ont succombé ses parents, morts il y a 17 ans.

Aucun antécédent personnel. Aucune maladie antérieure.

Il y a un an, le malade s'aperçoit d'une difficulté à respirer par la narine droite. Peu après, épistaxis nombreuses répétées et abondantes par la *narine droite* exclusivement. Pas d'augmentation notable de la saillie du nez. Par contre, tuméfaction graduelle de la joue correspondante.

Il y a sept mois la *grosseur* a augmenté notablement de volume, repoussant le plancher de l'orbite, déterminant une occlusion complète de l'œil droit par le refoulement de la paupière inférieure. Cet état a persisté cinq semaines, pendant lesquelles le malade ne voyait rien de l'œil droit. Au bout de ce temps, la tuméfaction se porta vers la joue, près de la commissure labiale droite. A partir de ce moment le malade récupéra la vue de son œil droit.

A son entrée à l'hôpital on constate les signes suivants :

La narine droite est occupée par une masse molle, d'aspect fongueux, saignant facilement.

L'examen du pharynx montre que tout ce qui est accessible à la vue est entièrement libre.

Par le toucher on reconnaît que le voile du palais est doublé par un plan résistant donnant la sensation du tissu fibreux et s'arrêtant au niveau de son bord postérieur.

En même temps, à la face interne de la joue, on rencontre une masse dure, assez volumineuse, paraissant s'être frayé un passage à travers le maxillaire supérieur et se prolongeant à un travers de doigt au-dessous du rebord alvéolaire supérieur. Cette masse se dirige obliquement vers la commissure, qu'elle n'atteint pas, et dont elle reste distante d'un bon travers de doigt.

L'état général est assez bon. Anémie prononcée.

Le malade accuse, depuis quelques jours, une céphalalgie beaucoup plus pénible qu'auparavant. Les épistaxis se répètent et sont abondantes.

L'odorat est perdu du côté droit. Pas de surdité. Exophthalmie à droite. Acuité visuelle conservée.

Opération le 13 *avril.* — On a donné au patient deux cuillerées à potage de sirop de chloral un quart d'heure avant l'opération. Aussi s'endort-il après quelques inhalations de chloroforme.

M. Polaillon pratique une incision avec le bistouri depuis la commissure labiale droite jusqu'à l'os malaire; puis dissèque à l'aide du thermocautère le lambeau ainsi circonscrit; celui-ci est relevé en haut.

Section de l'arcade dentaire et de la voûte palatine, puis de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et de l'os malaire, à l'aide d'une forte pince coupante. Extraction du maxillaire supérieur avec un grand davier à résections.

On procède ensuite à la dissection du polype. Celle-ci est très laborieuse, la masse se laissant déchirer, et l'ablation ne se fait qu'en plusieurs morceaux. Enfin on arrive sur le point d'implantation, qui est l'apophyse basilaire.

Malgré la rapidité de l'opération, l'exérèse avec le thermocautère, le pincement et la ligature de toutes les artères coupées, le malade perd une assez grande quantité de sang. Sa face devient pâle; ses inspirations sont lentes et irrégulières. On le fait revenir de plusieurs petites syncopes. On étanche assez difficilement le sang, et le malade en a dégluti une quantité assez notable durant le cours de l'opération.

Les parties molles sont suturées à la hâte. Tout à coup la face du malade se cyanose, sa respiration devient laborieuse; l'inspiration est profonde et rare. Bientôt on ne sent plus le pouls, les bruits du cœur sont imperceptibles. Syncope très grave.

On met tout en œuvre pour le faire revenir : injection d'éther, flagellation de la face et du thorax, position déclive de la tête, respiration artificielle, électrisation des muscles inspirateurs et du centre phrénique. La cornée devient vitreuse et tout échoue. — Après plus d'une heure de soins infructueux, nous devons nous résigner à la mort de notre opéré.

Autopsie. — L'ablation de la tumeur est complète ; pas de prolongements intracraniens.

Dans l'estomac on trouve environ 60 grammes de sang, qui a été dégluti.

Le cœur est absolument vide.

Le foie, les reins sont normaux.

Dans les poumons nous trouvons quelques petites bronches injectées de sang, et les départements correspondants du parenchyme pulmonaire ecchymosés et flasques comme dans l'atélectasie. Cet état provient d'une certaine quantité de sang qui est tombée dans les voies aériennes et qui a été inspirée jusque dans les petites bronches.

B. *Opérations de cancers de l'arrière-bouche* (*amygdale, pharynx et isthme du gosier*).

[6 opérés : 2 guéris, 4 morts (3 par hémorrhagie, 1 par broncho-pneumonie.)]

Obs. IV (publiée par M. Clado, interne, dans la *Gazette des hôpitaux*, n° 34, p. 266, 1883). — Résumé.

Baraduc (Louis), 43 ans, entre à la Pitié, le 17 décembre 1882, salle Broca, lit n° 38.

Depuis deux mois environ, gêne dans la bouche, spécialement pendant la déglutition.

A son entrée à l'hôpital, nous trouvons un épithélioma ulcéré de l'amygdale gauche s'étendant au pilier antérieur du voile du palais et au voile du palais lui-même jusqu'à la luette. La partie voisine de la base de la langue est aussi ulcérée et dure. La moitié gauche du plancher buccal est envahi. La gencive est aussi malade jusqu'à la canine inférieure gauche. Plusieurs ganglions de la région sus-hyoïdienne correspondante sont tuméfiés et probablement dégénérés.

Un œdème douloureux des membres inférieurs, avec fièvre, oblige d'ajourner l'opération jusqu'au 16 janvier 1883.

Ligature préventive de la carotide externe avec un fil de catgut. Incision partant de la commissure gauche et venant gagner la partie supérieure de l'incision cervicale de la ligature vers l'angle de la mâchoire. Dissection du lambeau et dénudation du maxillaire inférieur, qui est réséqué depuis la deuxième incisive gauche jusqu'à la partie moyenne de sa branche montante. Limitation des parties malades avec les fils du serre-nœud galvanique passés à l'aide de canules de trocarts droites et courbes. Section des tissus par les anses de fil de platine rougi par le passage du courant galvanique.

Plusieurs artères donnent, malgré la ligature de la carotide externe. Elles sont liées avec des fils de catgut.

Sept sutures profondes et trois sutures superficielles en fil d'argent réunissent les incisions. Pas de drainage. Une éponge phéniquée est disposée dans la bouche. Elle est fixée à un fil qui traverse l'incision et vient s'attacher à une autre éponge placée sur la peau. Pansement de Lister.

Le 26 janvier, hémorrhagie sérieuse par la bouche.

Le 7 février, Baraduc quitte l'hôpital. Les incisions se sont réunies par première intention.

Le 15 février, Baraduc est revu. Tout allait bien. Guérison.

Dans le courant de l'année suivante, j'ai appris que Baraduc était mort de son cancer récidivé.

Obs. V (recueillie par M. Sapelier, interne du service). — Montel (Louis), âgé de 65 ans, journalier, entre, le 20 juin 1883, à la Pitié, avec un épithélioma primitif de l'amygdale gauche envahissant le voile du palais et le bord correspondant de la base de la langue.

Opération le 28 juin. — Chloroformisation.

Pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie pendant l'opération et dans les jours consécutifs, M. Polaillon lie d'abord la carotide externe. La ligature est faite avec un fil de catgut sur la continuité de l'artère, un peu au-dessus de l'origine de celle-ci.

L'incision de la ligature est ensuite prolongée jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'angle de la mâchoire.

Une incision horizontale, partant de la commissure des lèvres, vient gagner l'extrémité supérieure de l'incision latérale.

Le lambeau de la joue étant rabattu en bas et en avant, ouvre une voie assez large pour arriver sur le mal, sans qu'il soit nécessaire de réséquer le maxillaire inférieur.

Toutes les parties malades ou suspectes sont circonscrites avec les anses en fil de platine du serre-nœud galvanique, anses que l'on passe à travers les tissus avec un trocart courbe. L'ablation est complétée avec le thermocautère.

La réunion par première intention était obtenue au bout de onze jours ; un seul point suppurait légèrement, c'était la partie la plus déclive de l'incision verticale, au niveau de la ligature de la carotide. Pendant quelques jours, on fut obligé d'y placer un drain debout. Cette petite cavité, qui avait d'abord communiqué avec le pharynx, tendait à s'oblitérer. La suppuration avait presque cessé. Le drain avait été supprimé et le malade était considéré comme guéri.

Le 14 juillet au matin, le malade perdit du sang par la bouche. Cette hémorrhagie, qui, selon toute probabilité, provenait d'artérioles collatérales et anastomotiques, céda tout d'abord à l'eau avec perchlorure de fer, puis reparut, et résista à tous les moyens hémostatiques. Le 16 juillet, le malade succombait à la perte de sang.

A l'autopsie, la carotide primitive est saine. A l'origine de la carotide interne, plaque d'athérome. Du côté de la carotide externe, la sonde cannelée ne rencontre ni caillot ni trace de la ligature ; cette artère est interrompue immédiatement au-dessus de son origine. Une recherche minutieuse nous montre que le catgut ne s'est pas résorbé. Il enserre une petite masse de tissu artériel sphacélé, qui ne tient plus que par un lambeau au bout central de la carotide. A quelques millimètres au-dessus de ce bout central et baignant comme lui dans un caillot sanguin, nous trouvons le bout périphérique de la carotide,

dont les bords sont évasés, retournés en dehors et irrégulièrement déchiquetés.

L'hémorrhagie qui a emporté le malade provenait donc, sans nul doute, de la rupture de la carotide externe au niveau de sa ligature.

Quelle a été la cause de cette rupture? La carotide externe présentait-elle, comme la carotide interne, une plaque d'athérome? le sphacèle d'une partie de l'artère ne nous permet pas d'élucider cette question. La pression du courant sanguin dans la carotide interne n'en a été que la cause adjuvante. La suppuration au niveau de la ligature a certainement joué le plus grand rôle, car elle a empêché la formation du tissu cicatriciel qui enveloppe rapidement une artère liée dans sa continuité avec un fil antiseptique. Enfin la gangrène de la paroi artérielle consécutive à la dénudation d'une artère peut aussi être incriminée.

Obs. VI (publiée par MM. Paul Berthod et Barbier, internes du service, dans la *Gazette médicale de Paris*, n° 1, p. 3, 1885). — Résumé.

Bert (Alexandre), 37 ans, entré, le 21 juillet 1884, à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, lit 34.

Début de la maladie, il y a quinze mois, par une douleur vive dans l'oreille droite, avec sentiment de gêne dans le même côté. Quelque temps après, surdité, difficulté de la déglutition, crachats sanguinolents, impossibilité d'ouvrir largement la bouche. Amaigrissement; teinte jaunâtre des téguments.

On reconnaît un épithélioma de l'amygdale droite, envahissant le voile du palais et s'étendant sur la muqueuse palatine dans l'étendue de quelques millimètres. Toute la base de la langue participe à la maladie jusqu'à l'épiglotte. En bas, la néoplasie s'avance vers le plancher de la bouche, qui est envahi. Ganglions sous-maxillaires et carotidiens dégénérés.

L'opération nécessaire pour enlever tout le mal doit être très étendue et très grave. Néanmoins, M. Polaillon se décide à intervenir en raison de la jeunesse du sujet et de l'état véritablement insupportable dans lequel il se trouve.

Le 29 juillet, chloroformisation. Exploration très difficile de l'arrière-bouche parce que les mâchoires ne s'écartent qu'incomplètement. Ligature de la linguale gauche au lieu d'élection.

Le 31 juillet, nouvelle chloroformisation. Ligature préventive de la carotide primitive droite à la partie supérieure de l'incision de la ligature. La dissection du lambeau met à nu les parties molles du cou et le bord inférieur du maxillaire, qui n'est pas réséqué comme ne participant pas à la maladie. Au moyen de plusieurs applications de l'anse galvanique, M. Polaillon enlève toute la base de la langue (en laissant la pointe adhérente au plancher buccal), l'amygdale avec les parties voisines envahies, puis les ganglions dégénérés. Il complète ensuite la destruction de tous les tissus suspects avec le thermocautère.

Malgré la ligature primitive des artères linguale gauche et carotide

primitive droite, on a dû lier encore plusieurs vaisseaux dans la plaie, entre autres la linguale et la faciale droites.

Sutures métalliques de la peau à partir de la commissure labiale, de manière à reformer la joue. Introduction d'une éponge antiseptique dans la vaste cavité opératoire. Le moignon de langue est fixé à la commissure droite par un fil métallique.

Alimentation avec une sonde œsophagienne.

Le deuxième jour après l'opération, paralysie du bras gauche.

Le troisième jour, affaiblissement de la jambe gauche, qui est complètement paralysée quelques heures après.

Le quatrième jour, de gros râles muqueux embarrassent la respiration. Dyspnée. Néanmoins, la plaie de la joue et du cou s'est réunie par première intention.

Vers le dixième jour, l'opéré a de l'appétit et digère bien. Bientôt il commence à s'alimenter sans la sonde œsophagienne, peut se lever, et reste assis toute la journée dans un fauteuil.

Le 10 septembre il semblait guéri, sauf la persistance de son hémiplégie gauche, due à la ligature de la carotide droite, lorsqu'il contracta une bronchite.

Le 16 septembre, à midi 20 minutes, après un accès de toux un peu plus violent que les autres, Bert eut une hémorrhagie par la bouche, assez considérable pour nécessiter immédiatement la ligature de la carotide primitive du côté opéré. En dix minutes, le malade avait eu le temps de perdre trois litres de sang, qu'il rendait à pleine bouche. Quoique l'hémorrhagie eût cessé aussitôt après la ligature, et malgré les toniques et les reconstituants qui lui furent administrés, le malade succomba le soir à 9 heures et demie.

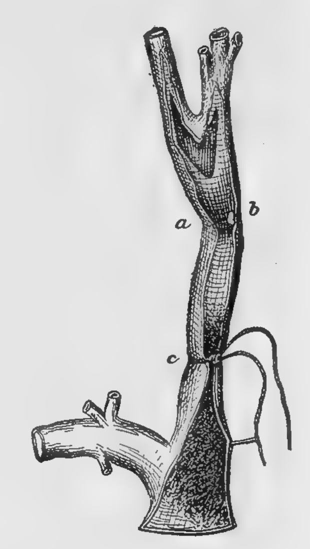


Fig. 2.

ab, ligature de la carotide primitive avant l'opération; *b*, perforation de l'artère qui a déterminé une hémorrhagie secondaire excessivement grave; *c*, ligature de la carotide primitive pour arrêter cette hémorrhagie.

A l'autopsie, on trouve une repullulation des éléments cancéreux vers la bouche et le pharynx.

La ligature de la carotide primitive faite après l'hémorrhagie est située à la partie moyenne du trajet de l'artère, dont elle ferme complètement le calibre (*fig.* 2, *c*); en amont d'elle, la cavité du vaisseau est obstruée par un caillot noir d'une longueur de 2 centimètres environ, caillot qui ne se prolonge point jusqu'au tronc brachiocéphalique. En aval de la ligature, le caillot se prolonge jusque dans la carotide interne, qui en est distendue.

Si on suit par la dissection le trajet de l'artère carotide primitive de

bas en haut, on voit, à la hauteur de son sinus, une perforation de ses parois mesurant les dimensions d'une petite lentille (*fig.* 2, *b*). Cette perforation s'ouvre dans un canal creusé aux dépens des tissus voisins, canal long d'un centimètre environ, et qui vient aboutir dans la cavité buccale. C'est par cette perforation et par ce canal que l'hémorrhagie s'est produite. La perforation existait au niveau d'un resserrement de l'artère carotide (*a*, *b*), resserrement qui marque l'endroit où la ligature préventive de ce vaisseau avait été faite.

L'hémorrhagie nous paraît avoir été causée de la manière suivante : après la ligature au catgut appliquée sur la carotide primitive, ce vaisseau s'est trouvé oblitéré. Mais, au bout de quelques jours, l'anse de catgut s'étant résorbée, laissa dans le point où elle avait été appliquée une paroi affaiblie par la section des tuniques internes. Peu à peu la perméabilité de l'artère s'est rétablie. En même temps, l'infiltration cancéreuse et l'inflammation suppurative gagnaient la tunique celluleuse de l'artère dans le point même où le fil avait été serré. Il y avait donc à ce niveau une paroi artérielle assez friable pour se rompre dans un effort de toux.

Obs. VII. — Laroche, 41 ans, plombier, entre, le 15 octobre 1884, salle Broca, n° 19, service du Dr Polaillon.

Son père est mort à 66 ans, subitement, par cause inconnue. Sa mère est morte aussi à 66 ans, à la suite d'une ulcération du col donnant lieu à un écoulement très fétide et l'ayant retenue alitée pendant deux mois avant sa mort.

Ses sœurs et frères, au nombre de trois, sont bien portants.

Pas de signes de scrofule pendant son enfance. A l'âge de 4 ans, coupure à la base du gros orteil droit. A la suite de cette coupure, affection osseuse ayant duré 9 ans. Dans le cours de cette affection, le malade eut un phlegmon de la jambe. Variole à 10 ans. A 32 ans, abcès ganglionnaires et multiples dans la région gauche du cou. La suppuration a duré environ un mois et demi ; on en constate encore les nombreuses cicatrices.

Début de l'affection. — En juin 1884, l'attention du malade est éveillée par une sensation de picotement continu dans le pharynx, sensation qui va jusqu'à la douleur pendant les mouvements de déglutition. Il localise cette douleur au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

En juillet, difficulté pour ouvrir la bouche, qui augmente peu à peu jusqu'à gêner beaucoup la mastication.

En août, apparition de douleurs violentes dans l'oreille. Cette douleur s'irradiait dans toutes les régions pariétale et temporale du côté correspondant. Elle était continue, avec paroxysme au moment où le malade se couchait. Salivation abondante, durant le jour et durant la nuit, d'un liquide limpide et ne tachant pas le linge. Une seule fois la salive fut légèrement teintée par du sang. A cette époque aussi Laroche remarqua que sa narine gauche était beaucoup moins perméable à l'air.

Il entra à Cochin pour sa contraction des mâchoires et y fut traité par M. le Dr Dujardin-Beaumetz, qui l'adressa ensuite à M. le Dr Polaillon.

État actuel. — État général assez bon. Le malade, amaigri et pâle, ne présente pas la teinte jaune paille du cancer.

Le passage des aliments au niveau de l'isthme est douloureux.

Pas d'athérome. Rien au cœur. La respiration se fait bien. Pas trace de généralisation néoplasique dans les viscères. A l'inspection de la région du cou, rien de spécial, que les cicatrices de ses adénites suppurées. A la palpation, rien à droite. A gauche, léger engorgement douloureux et dur des ganglions du cou. Un peu au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde, petit ganglion douloureux. Quelques ganglions aussi au niveau de l'angle de la mâchoire. Le plancher de la bouche est épaissi et dur.

Si l'on fait ouvrir la bouche du malade, on voit que les arcades dentaires s'écartent à peine de deux centimètres l'une de l'autre. Le doigt, introduit dans la cavité buccale et promené sur le plancher, rencontre quelques indurations surtout à la partie postérieure gauche du plancher, et la pression découvre un point très douloureux au voisinage de la deuxième molaire inférieure gauche. La luette hypertrophiée est déviée à droite. La moitié gauche du voile du palais est considérablement épaissie.

Une ulcération se voit à la base de la luette, entre cet organe et le pilier antérieur gauche, qu'elle a détruit dans son tiers supérieur. Cette ulcération s'étend en arrière. Le doigt constate que les tissus ulcérés sont épaissis et indurés. L'amygdale gauche est détruite en grande partie. En tirant fortement en avant et à droite la pointe de la langue, on voit sur la partie moyenne de son bord gauche une ulcération allongée.

L'*opération* est décidée et pratiquée le 25 octobre.

1er temps. Ligature de la carotide externe gauche, avec un fil de catgut, ligature rendue difficile par un gros ganglion dégénéré, situé sur la bifurcation de la carotide primitive.

Un fil d'attente en catgut est placé sous la carotide primitive, afin de lier immédiatement cette artère, si, pendant l'ablation très étendue que M. Polaillon se propose de faire, la carotide interne venait à être intéressée.

2e temps. Incision, avec le bistouri, de la peau et des parties molles, depuis la commissure gauche jusqu'à l'incision cervicale, un peu au-dessus de l'angle de la mâchoire. Le maxillaire inférieur est mis à nu par l'abaissement du lambeau.

3e temps. Avec une scie à chaîne, M. le Dr Polaillon résèque une portion du maxillaire inférieur qui s'étend depuis la canine gauche jusqu'à la branche montante, à deux travers de doigt au-dessus de l'angle de la mâchoire.

4e temps. Les parties malades, amygdale gauche, portions envahies du pharynx, parties malades de la base de la langue et du plancher buccal, sont circonscrites avec le fil de platine du serre-nœud galva-

nique et enlevées. La luette, la moitié gauche du voile du palais sont disséquées et enlevées avec le thermocautère. Tous les points suspects sont profondément cautérisés.

Pendant l'opération, il a fallu placer quelques ligatures sur le bout périphérique des artères coupées.

5e temps. Suture de la peau avec des fils métalliques, pansement phéniqué de Lister. Pour assurer l'hémostase et l'antisepsie, une éponge phéniquée est introduite jusque dans le fond de la cavité buccale, et occupe la place de la perte de substance.

Suites. La journée du 25 a été bonne. Le malade est alimenté avec une théière munie d'un long tube qui conduit les aliments liquides et les boissons jusqu'à la partie supérieure de l'œsophage.

Le 26 octobre, l'éponge pharyngienne est enlevée. Pansement.

A 8 heures du soir, hémorrhagie très abondante qui nécessite le tamponnement des fosses nasales par l'interne de garde. L'hémorrhagie s'arrête; mais un léger suintement persiste et se continue pendant toute la journée du 27.

Le 28 octobre, pendant la nuit, à 2 heures du matin, nouvelle hémorrhagie très abondante, qui se répète à 5 heures du matin.

A la visite, le malade est presque exsangue. Le pouls est imperceptible. Il est évident que si la carotide externe n'avait pas été liée, l'hémorrhagie aurait été encore plus abondante, et que l'opéré serait mort. Ether en injections sous-cutanées ; ergotine.

Le soir, pansement. Pouls toujours très faible. Pas de nouvelle perte de sang. Lavements nutritifs. Potion de Todd.

Le 29 octobre, matin, le pouls s'est un peu relevé. Amélioration. Pansement. La réunion de la plaie est presque complète.

Le 30 octobre, le mieux continue. Pansement. On enlève quelques fils métalliques de la suture et le tampon naso-pharyngien. On passe avec quelques difficultés la sonde œsophagienne qui doit servir à alimenter le malade.

Le 31 octobre, les derniers points de suture sont enlevés. Alimentation avec la sonde œsophagienne.

Le malade se plaint d'une douleur siégeant à la partie gauche du thorax. La percussion et l'auscultation à ce niveau donnent un résultat négatif.

Les jours suivants, rien de nouveau à noter.

Le 12 novembre, apparition d'un petit abcès à la partie supérieure de l'incision cervicale et issue d'un fragment de fil. Il s'agit probablement d'une ligature qui s'élimine.

Le 17 novembre. Depuis la veille, les douleurs d'oreille tendent à revenir. L'examen laryngoscopique, pratiqué avec une certaine difficulté, fait reconnaître que la partie droite du pharynx existe seule. Toute la portion gauche a été enlevée. Il existe en ce point une vaste cicatrice qui tient lieu de la paroi pharyngienne. Il n'y a rien de suspect au larynx.

Les forces reviennent peu à peu. Les douleurs d'oreille ont beau-

coup diminué, mais persistent encore. Le malade commence à s'alimenter sans le secours de la sonde; cependant il éprouve de la gêne à écarter les mâchoires.

Le 9 décembre, le malade part en convalescence pour Vincennes. Il est en bonne santé. Aucun engorgement ganglionnaire ne peut faire craindre une récidive.

Revu à la fin de décembre, le bon état local et général se maintient. La trace de l'énorme opération qu'il a subie est très peu apparente (*fig. 1*).

Le 11 février 1885, Laroche rentre dans le service de M. Polaillon avec des accidents qui ne permettent pas de douter que le cancer a récidivé dans le pharynx. On sent dans la région parotidienne et dans la région cervicale plusieurs ganglions dégénérés.

M. Polaillon ne juge pas qu'une nouvelle opération soit utile pour le patient.

Au commencement de juin, la difficulté de la déglutition oblige à alimenter le malade avec une sonde.

Quelques légères hémorrhagies par le pharynx. Quelques hémorrhagies plus abondantes par une ulcération cancéreuse qui s'est formée sur la cicatrice cervicale.

Le 19 juin 1885, Laroche meurt de cachexie, après avoir eu plus de trois mois de tranquillité parfaite, trois mois environ d'un état de récidive fort supportable et un mois à un mois et demi de troubles profonds et de cachexie.

Obs. VIII. — Rousseau (Henri), 55 ans, représentant de commerce, entre, le 29 septembre 1885, salle Broca, nº 48, à la Pitié.

Épithélioma ulcéré du sillon gingivo-génien inférieur gauche, envahissant la branche horizontale du maxillaire inférieur. L'induration du plancher de la bouche s'étend profondément du côté de l'angle de la mâchoire et du pharynx. Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens sont dégénérés.

L'extirpation des parties malades nécessitera une très large opération.

Le 3 octobre. Chloroformisation. Incision cervicale pour l'ablation des ganglions carotidiens. Cette ablation conduit sur la carotide externe, dont les branches sont englobées dans la masse ganglionnaire cancéreuse. Ligature de la carotide externe dans sa continuité avec un fil de catgut.

Incision le long du bord inférieur du maxillaire depuis le menton jusqu'en arrière de l'angle de la mâchoire. Dissection de la tumeur en dehors de la bouche, en écartant le lambeau du côté du cou. Section du maxillaire inférieur, avec la scie à chaîne, au niveau de la canine gauche et au niveau du col du condyle et de l'apophyse coronoïde.

La portion détachée du maxillaire inférieur est attirée en dehors pour permettre de disséquer avec le thermocautère, du côté de la bouche, la tumeur qui s'étend sous la langue jusqu'au pharynx.

Suture métallique des incisions. Drainage. Pansement de Lister.

L'état du malade était excellent, les incisions cutanées étaient réunies par première intention, lorsque, le 7 octobre, à 10 heures du soir, il y eut une première hémorrhagie par la bouche. Cette hémorrhagie fut peu abondante, et s'arrêta spontanément. Une demi-heure après, le sang fit de nouveau irruption en telle quantité que l'interne de garde n'eût pas le temps d'arriver avant la mort de l'opéré.

L'*autopsie* n'a pu être faite, de sorte que je suis réduit aux conjectures sur la cause de cette hémorrhagie. Sa soudaineté et son abondance me font croire que le sang ne venait pas d'une artère de moyen calibre, mais de la carotide externe elle-même. Je suppose que la ligature de catgut s'est relâchée ou résorbée trop tôt (le quatrième jour), et que le sang s'est échappé par le tronc de l'artère, qui était englobé dans la tumeur et qui a été sectionné pendant l'ablation de celle-ci.

Obs. IX (observation recueillie par M. Dumoret, interne du service). — *Épithélioma de l'amygdale droite, du voile du palais, des piliers, avec extension à la base de la langue.*

Le nommé Mil... (Henri), marinier, âgé de 70 ans, entre, le 9 avril, salle Broca, n° 41, dans le service de M. Polaillon.

Aucune maladie antérieure. Il nie tout antécédent spécifique. Il a fait un usage immodéré du tabac et il se sert le plus habituellement d'une pipe à tuyau très court.

Son père est mort à 83 ans; sa mère à 86 ans.

Il y a six mois, difficulté en avalant; sensation de corps étranger au fond de la gorge; respiration moins libre.

Le malade consulte d'abord un médecin, qui lui prescrit un gargarisme au chlorate de potasse, pratique qui lui fait perdre un temps précieux.

État actuel. — Le malade n'accuse aucune douleur dans la gorge, ni vers l'oreille. C'est un homme à la face congestionnée, pourvu d'un embonpoint très considérable, habitué à vivre au grand air par sa profession. Il a contracté souvent des bronchites qui lui ont laissé de l'emphysème pulmonaire.

L'inspection de la bouche permet de reconnaître que l'amygdale et les piliers du côté droit sont le siège d'un gonflement considérable, et recouverts d'ulcérations végétantes. La portion de la muqueuse buccale qui confine à l'amygdale droite est également envahie par l'ulcération cancéreuse.

Par le toucher, on constate une induration considérable de toutes les parties gonflées et ulcérées. En même temps, on constate que la base de la langue est également indurée.

Point d'hémorrhagies. Quelques ganglions indurés dans les régions sous-maxillaire et carotidienne.

L'état général, sans être absolument mauvais, est médiocre : perte de forces, amaigrissement, anorexie. Néanmoins, M. Polaillon pense qu'une opération est indiquée.

Opération le 20 avril.— Un quart d'heure avant l'opération, adminis-

tration de deux grammes de chloral. Chloroformisation. Le malade est couché sur le dos, le cou soulevé, la tête renversée en arrière, la face inclinée du côté gauche. La poitrine est débarrassée d'un gilet de laine très épais et recouverte d'un drap. Comme la température de la salle est peu élevée, nous avons pensé que le malade avait pris un refroidissement pendant l'opération.

Incision de 8 centimètres, étendue du cartilage thyroïde et aboutissant derrière l'angle de la mâchoire.

Le bord antérieur du sterno-mastoïdien étant incliné en dehors, M. Polaillon va à la recherche de la carotide externe.

La ligature en est laborieuse en raison de la profondeur de la plaie et de l'existence de 4 ganglions assez volumineux, dont l'un paraît manifestement malade.

La carotide externe est liée immédiatement au-dessous de sa première collatérale.

Ensuite M. Polaillon pratique une seconde incision partant de la commissure labiale droite et allant rejoindre l'incision de la ligature à sa partie supérieure.

Dégagement des deux lambeaux : le supérieur est relevé à l'aide d'un crochet mousse; l'inférieur est abaissé.

Section du maxillaire inférieur. Résection du nerf lingual. Divulsion du maxillaire pour obtenir l'écartement nécessaire à l'ablation.

Un premier fil de platine du serre-nœud galvanique est passé avec un trocart au niveau de la base de la langue. Un second fil est placé en avant, de façon à circonscrire la portion malade de l'organe. Les deux fils sont reliés au galvano-cautère, et on pratique la section de cette portion de langue comprise entre les deux anses.

A l'aide du couteau galvanique, ablation de l'amygdale, de la portion voisine du pharynx et du voile du palais.

La plaie est largement lavée avec des éponges imbibées d'une solution phéniquée.

Suture du maxillaire inférieur avec un gros fil d'argent. Suture métallique de la joue et des parties molles. Drainage de la plaie au moyen de deux tubes de moyen calibre placés dans l'incision cervicale.

Pansement de Lister.

Le soir de l'opération, le malade est très oppressé, de gros râles s'entendent dans toute la poitrine, surtout du côté droit; pas de souffle tubaire.

Application de 60 ventouses sèches. Chloral, 1 gramme. T. 37°,8.

Le 21 avril. Le malade a un peu dormi, l'oppression a diminué.

Le pansement de Lister est renouvelé. Les drains fonctionnent bien, le liquide phéniqué qu'on y injecte ressort par la cavité buccale. Irrigation de la bouche avec solution phéniquée. Gargarismes antiseptiques. T. 37°,8.

Le soir, le malade va assez bien. Il se plaint d'un ptyalisme abondant qui souille son pansement. T. 37°,6. Application de ventouses sèches. Lait, bouillon avec 4 jaunes d'œuf.

Le 22 avril. La nuit a été meilleure que les précédentes. Moins de

dypsnée, mais abattement très marqué. Râles de congestion pulmonaire, avec prédominance à droite. Deuxième pansement. Irrigations buccales. Gargarismes alcoolisés. T. 37°,4.

Le soir, dyspnée plus considérable. L'abattement s'accentue. Injections d'éther. 60 ventouses sèches.

Le malade a pris du bouillon avec des œufs. T. 38°.

Le 23 avril. Dypsnée très intense. Cyanose de la face et des extrémités. Délire. A l'auscultation, râles abondants, souffle lointain au niveau de l'angle du scapulum.

Le pansement est renouvelé. Injections d'éther, ventouses sèches sur le thorax, les membres inférieurs. T. 39°,2.

Le malade meurt à 1 heure de l'après-midi.

Autopsie. — La plaie des parties molles est complètement réunie.

Les poumons ont une couleur rouge vineux. Leur densité est augmentée, mais ils surnagent dans l'eau. Tubercules crétacés au sommet droit.

Le poumon droit est le plus altéré. Mais nulle part son tissu n'est assez friable pour pouvoir se déchirer avec le doigt. En somme, lésions d'une congestion violente, pas d'hépatisation.

Les bronches incisées ne contiennent en aucun point des parcelles alimentaires. On n'en trouve point non plus dans la trachée.

Le cœur est gros, graisseux. Les cavités gauches sont dilatées.

Le foie est augmenté de volume.

Les reins ne présentent aucune lésion macroscopique.

Le cerveau est congestionné.

Examen de l'artère liée. — Le fil est placé immédiatement audessous de la thyroïdienne supérieure, à un centimètre à peine de la bifurcation de la carotide primitive. L'artère est rétrécie par le fil constricteur de catgut, qui s'est résorbé et dont il ne reste que le nœud. En incisant l'artère à ce niveau, on ne trouve point de caillots, ni dans le bout supérieur, ni dans le bout inférieur.

La tunique externe est intacte, les tuniques moyenne et interne sont sectionnées, et à ce niveau la tunique externe adhère à elle-même, de manière à oblitérer complètement la lumière du vaisseau. Cette artère carotide externe a été présentée à la Société anatomique (séance du 16 juillet) par M. Dumoret.

C. *Opérations de cancer comprenant les lèvres, la joue ou la langue avec résection du maxillaire inférieur.*

(6 opérés : 4 guéris, 2 morts.)

Obs. X. — Le nommé Louis, âgé de 55 ans, journalier, entre, le 30 mai 1881, à la Pitié, lit n° 42.

Il y a un mois et demi, il s'est aperçu qu'il avait des plaques blanches à la face interne des joues et que les mouvements de sa langue étaient génés. Huit jours après, il sent une tumeur sous la langue. La

mastication et la phonation deviennent douloureuses et pénibles. Douleurs dans l'oreille droite.

Comme le malade a eu la syphilis, on essaye pendant quelques jours le traitement spécifique, qui ne donne aucun résultat. Il est évident qu'on a affaire à un cancer à marche très rapide.

Le cancer comprend le plancher de la bouche et la moitié droite de la langue. Il adhère au maxillaire inférieur.

Le 11 juin, chloroformisation. Incision partant de la commissure droite pour gagner l'angle de la mâchoire. Abaissement du lambeau pour mettre à nu le maxillaire inférieur. Section, avec la scie à chaîne, des deux tiers de la portion horizontale de cet os, un trait de scie portant au niveau de la 2e petite molaire à droite et au niveau de la branche montante à gauche. Ablation, avec l'anse du serre-nœud galvanique, du plancher de la bouche et de toute la portion altérée de la langue. Suture du lambeau. Pansement de Lister.

Gargarismes alcoolisés. Irrigations antiseptiques dans la bouche.

Le malade va bien pendant les premiers jours. Mais un point de la suture s'étant désuni, une portion des aliments et des boissons s'écoulent au dehors. J'ai alors recours à l'alimentation avec la sonde œsophagienne.

Le 21 juin, fièvre. T. matin 38°, soir 39°. Les aliments introduits par la sonde œsophagienne sont mal supportés.

Le 25 juin, phlegmon parotidien à droite. Le lendemain l'inflammation phlegmoneuse a gagné le cou et la joue correspondante. La température se maintient au-dessus de 38°.

L'alimentation, qui se compose exclusivement de lait, de consommés et d'œufs, est très difficile.

Le 1er juillet, grands frissons, dyspnée, fièvre. Température 40°,1.

Le 2 juillet, nouveaux frissons, diarrhée. Température 39°,1.

Malgré le mauvais état général, les incisions se sont cicatrisées, et la plaie ne communique plus avec la cavité buccale.

On combat la fièvre avec du sulfate de quinine.

Le 23 juillet, l'état général s'aggrave encore. Bouffissure de la face Inappétence complète. Les frissons continuent.

Le 25 juillet, le malade vomit tous ses aliments. Diarrhée.

Le 2 août, mort, 53 jours après l'opération.

A l'*autopsie*, on trouve des abcès métastatiques disséminés dans les deux poumons et des tubercules crétacés dans les sommets.

La rate est très diffluente, mais ne présente pas d'abcès.

Les autres organes, foie, cœur, reins, encéphale, sont sains.

La cicatrisation de l'opération est complète, et il n'y a pas de récidive dans les tissus voisins. Malgré ce succès opératoire, nous n'hésitons pas à ranger cette observation parmi les revers, et à considérer le malade comme ayant succombé à une infection purulente à marche lente.

Obs. XI. — Le nommé Jacquet (Auguste), 63 ans, garçon de magasin, entre, le 7 avril 1884, salle Broca, n° 33.

Épithélioma ulcéré de la joue gauche avec adhérence du tissu morbide au maxillaire inférieur. Forme ulcéreuse et rongeante. Perforation de la paroi buccale et écoulement continuel de la salive. Les ganglions sous-maxillaires gauches sont dégénérés (*fig.* 3).

Le 24 avril, chloroformisation. Incisions qui circonscrivent tout le mal, aux lèvres, à la joue et à la région sous-maxillaire. Résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur, avec la scie à chaîne portant sur la ligne médiane en avant, et sur la partie moyenne de la branche montante en arrière. Ablation des ganglions dégénérés. Restauration



Fig. 3.

Épithélioma ulcéré des lèvres et de la joue envahissant le maxillaire inférieur. Résultat de l'ablation et de la restauration. — Dessin par M. Janet, élève du service.

de l'énorme perte de substance avec un lambeau pris à la peau du cou. Suture métallique du lambeau. Pansement de Lister.

Alimentation avec une sonde.

Cicatrisation rapide du lambeau. Guérison de l'opération (*fig.* 3).

Mais la cachexie survient. Le lambeau de peau saine qui a servi à reformer la joue est envahi par le néoplasme. La mort arrive le 3 août, trois mois et dix jours après l'opération.

Obs. XII. — Jacquin (Charles), 58 ans, employé de la Compagnie du gaz, entre dans le service de M. Polaillon, le 10 juin 1884.

Épithélioma du plancher de la bouche envahissant la glande sous-maxillaire droite et adhérant au maxillaire inférieur.

Le 17 juin, chloroformisation. Incision courbe dans la région sous-

maxillaire droite. Passage des fils du serre-nœud galvanique de la plaie extérieure à l'intérieur de la bouche, puis de l'intérieur de la bouche à la plaie extérieure, de manière à circonscrire les parties malades du côté de la ligne médiane. Résection, avec la scie à chaîne, de la portion adhérente du maxillaire inférieur.

Suture métallique de l'incision. Pansement de Lister.

Réunion immédiate. Sortie du malade un mois et onze jours après son opération.

L'opéré n'est pas revenu depuis l'époque de sa sortie, ce qui porte à croire que sa guérison s'est maintenue.

Obs. XIII (recueillie par M. Barbier, interne, et M. Janet, externe du service). — Le nommé Boyard (Alfred), âgé de 52 ans, menuisier, entre à l'hôpital de la Pitié, le 11 juillet 1884, salle Broca, n° 38, dans le service de M. Polaillon.

Il porte un épithélioma du plancher de la bouche et de la partie antérieure de la langue, avec des ganglions sous-maxillaires dégénérés.

Cet homme, d'une bonne santé habituelle, a remarqué, il y a six mois, qu'une ulcération se formait à la face inférieure de sa langue, dans le sillon qui la sépare du plancher buccal. Il ne s'est soigné que par des gargarismes au chlorate de potasse. Bientôt cette ulcération gagna en étendue, de manière à gêner la mastication et la parole, ce qui détermina son entrée à l'hôpital.

Boyard ne signale aucun antécédent cancéreux dans sa famille.

Le plancher de la bouche, la face inférieure de la langue et la face postérieure de la partie moyenne du maxillaire inférieur sont le siège d'une large ulcération bourgeonnante, sanieuse, entretenant dans la bouche une odeur nauséabonde. Les gencives, sur la partie médiane du maxillaire inférieur, sont tuméfiées et ramollies. Les incisives déchaussées remuent sous le doigt. La langue est indurée. Dans sa moitié antérieure, cette induration est très sensible au doigt qui explore sa face dorsale. Sous la branche horizontale gauche du maxillaire, on sent un ganglion volumineux immobile, très dur, adhérant, d'une part, au maxillaire; d'autre part, à la partie profonde de la peau.

L'état général, sans être excellent, n'est pas absolument mauvais. L'appétit est conservé. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

L'*opération* est décidée et exécutée le 19 juillet.

M. Polaillon, après avoir fait endormir le malade avec le chloroforme, pratique une incision ovalaire autour du ganglion induré, de manière à isoler la portion de peau adhérente à ce ganglion. Il fait ensuite une incision en fer à cheval suivant le bord inférieur du maxillaire inférieur. Le lambeau ainsi formé est abaissé. De nombreuses artérioles sectionnées sont immédiatement pincées.

Le ganglion, avec la portion de peau qui lui adhère, est décollé du maxillaire auquel il est fixé.

Une incision à peu près verticale est ensuite pratiquée de la commissure labiale gauche à la partie gauche de l'incision en fer à cheval.

On obtient ainsi deux lambeaux latéraux, qui sont décollés et portés en dehors comme deux volets. Plusieurs artères sont pincées, entre autres une branche importante de la faciale.

Ces deux lambeaux latéraux mettent à découvert la partie moyenne du maxillaire inférieur. La scie à chaîne est passée de bas en haut autour de la partie postérieure de la branche horizontale du maxillaire du côté gauche; puis, le maxillaire est scié en arrière de la deuxième grosse molaire. Après arrachement préalable de la deuxième prémolaire droite, la scie à chaîne est passée de ce côté et sectionne le maxillaire en arrière de la petite molaire droite.

Un trocart courbe est alors enfoncé de bas en haut, de manière à traverser la langue de part en part sur la ligne médiane et en arrière de ses parties indurées. La masse du tissu morbide, ainsi fixée par la canule et attirée en avant, est détachée de ses adhérences avec les organes voisins à l'aide du thermocautère.

Cette masse, constituée par le plancher de la bouche et la partie inférieure et antérieure de la langue, n'est plus retenue en arrière que par un large pédicule, formé par la partie postérieure de la langue et la partie correspondante du plancher buccal. Un fil du serre-nœud galvanique est passé de gauche à droite autour de ce pédicule, en arrière de la canule du trocart, laissée à demeure. La section est faite lentement et la masse morbide est entièrement détachée.

Les deux artères linguales aperçues sur la surface de la section sont immédiatement liées, ainsi que quelques artérioles. Les différentes artères pincées pendant l'opération sont également liées.

La plaie est soigneusement lavée avec une solution phéniquée au vingtième.

Les lambeaux sont enfin remis en place et suturés avec des fils d'argent. Onze sutures sont placées.

Une éponge phéniquée est laissée à demeure dans la bouche. Elle est retenue par un fil sortant à travers l'incision et fixée sur un tampon de gaze phéniquée placé au dehors. Pansement de Lister.

Le 19 juillet, soir, la plaie a un peu saigné. Le malade est calme. Il se plaint seulement d'un mal de tête assez violent. Au moyen de la sonde introduite par le nez, il prend du bouillon et du vin. T. 38°,4.

Le 20 juillet. Pansement. La plaie va bien.

Le 21 juillet. Deuxième pansement. On retire l'éponge, qui est horriblement fétide. Lavage de la cavité buccale avec une irrigation d'eau pheniquée.Toutes ces manœuvres déterminent une légère hémorrhagie, qui cesse avec un peu de glace. Un peu de fièvre. T. 38°,4.

Tous les jours suivants, les pansements sont renouvelés. Les irrigations antiseptiques dans la bouche, les gargarismes alcoolisés très fréquents et les pulvérisations d'eau phéniquée auprès du malade, deux ou trois fois dans la journée, sont les adjuvants de ces pansements.

Le patient est nourri assez abondamment avec la sonde œsophagienne.

Le 23 juillet, la plaie se désunit et suppure. Le malade se plaint d'un peu d'oppression et de gêne respiratoire. A l'auscultation, on

trouve à peine quelques ronchus. La température monte à 39°,8. Le pouls à 120°.

Le 24 juillet, gonflement avec rougeur et douleur dans la région mastoïdienne. Nombreux bacilles et micrococci dans la salive, qui exhale une odeur très fétide.

Le 26 juillet, il s'est formé un phlegmon au cou. On retire, par l'ouverture de l'incision, des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

Le 28 juillet, frissons et diarrhée fétide.

La température et le pouls sont élevés ; nous reproduisons, dans le

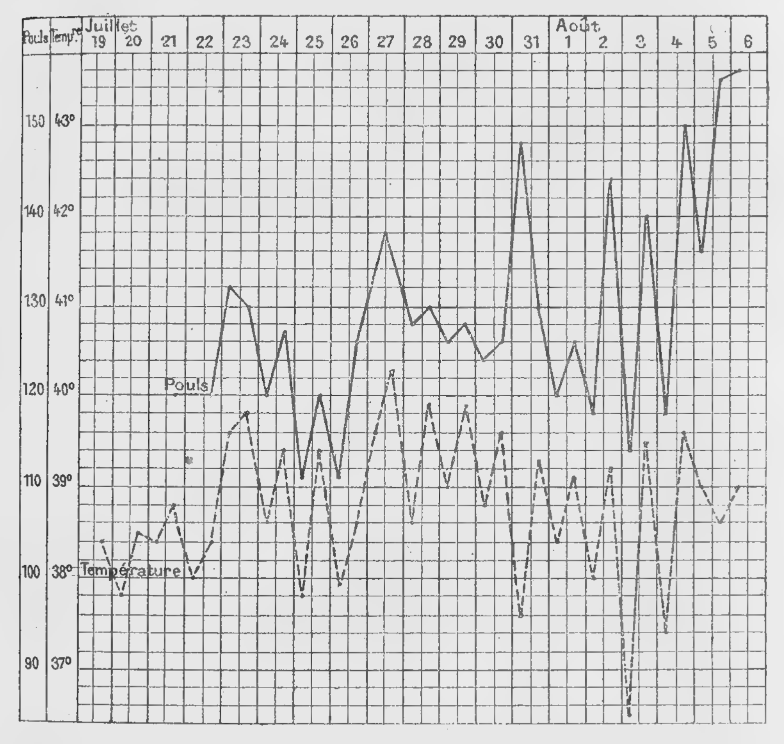


Fig. 4.

Tracé de la température et du pouls pendant la pneumonie consécutive à l'ablation d'un cancer de la mâchoire inférieure.

tracé de la *figure* 4, les oscillations qu'ils ont présentées pendant toute la durée de la maladie.

Le 29 juillet, hémorrhagie par la bouche. L'écoulement sanguin s'arrête spontanément. Le phlegmon du cou a beaucoup diminué. Un peu de gêne respiratoire. Submatité à droite avec des râles humides, crépitants. La respiration est normale à gauche.

Le 31 juillet, abattement et grande faiblesse. Le malade peut à peine rester assis dans son lit. Diarrhée. Sécheresse des muqueuses de la bouche. Léger trouble des urines par la présence de l'albumine. Agi-

tation involontaire des membres. Cependant, la température s'abaisse, en même temps que le pouls est très accéléré, petit, dépressible, ce qui ne peut guère être attribué qu'à un collapsus cardiaque.

Le 1er août, hémorrhagie buccale pendant la nuit. La faiblesse augmente, bien que l'alimentation avec la sonde soit très abondante. Matité et absence de bruits à la base du poumon droit.

Le 2 août, soif inextinguible. Respiration accélérée. Souffle tubaire à la base droite. Les battements du cœur sont tumultueux et sourds, avec des faux pas. La peau est sèche et brûlante. Diarrhée.

Le 6 août, le malade succombe à la pneumonie.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Les tissus de la bouche semblent sains. La plaie était en très bonne voie de guérison.

Il existe à droite, le long de la gaine des vaisseaux, un vaste abcès avec pus de bonne nature.

On trouve dans le poumon droit un bloc énorme de pneumonie suppurée, qui a probablement été la cause de la mort. Congestion pulmonaire à gauche.

Rien dans les autres viscères.

Obs. XIV. — Le nommé Lafontaine (Jean), âgé de 45 ans, journalier, entre, le 5 mai 1886, salle Broca, lit n° 41.

Ce malade n'a aucun antécédent héréditaire.

Il y a quatre ou cinq ans, il lui était venu sur la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, une excoriation fissurique, grisâtre, à bords taillés à pic.

A cette époque, ne sentant qu'une vive démangeaison, il n'attacha aucune importance à cette fissure, qu'il considérait seulement comme un bouton de fièvre.

Il continua à fumer sa pipe, malgré l'irritation que le tuyau de la pipe lui causait et la souffrance qu'il endurait.

Cet état dura un an. La plaie était tantôt sanguinolente, tantôt recouverte de croûtes. Le malade se fit alors opérer. On lui enleva à peu près la grosseur d'une noisette des téguments de la lèvre. La cicatrisation se fit très bien.

Au mois de janvier dernier, il survint à la joue gauche, au niveau de la partie moyenne du maxillaire inférieur, une grosseur du volume d'une noisette, très douloureuse.

Petit à petit cette grosseur augmenta, et, au bout de trois mois, elle égalait le volume d'un petit œuf. Les douleurs étaient devenues très vives. Le malade appliqua des cataplasmes. N'éprouvant aucune amélioration, il alla trouver un médecin, qui lui donna un coup de bistouri. Un peu de liquide clair et jaunâtre et du sang s'écoulèrent par l'incision.

La douleur se calma un peu, mais le mal gagna dès lors en largeur et en profondeur, et s'ulcéra.

Le 5 mai dernier, Lafontaine se décida à entrer à l'hôpital.

La plaie occupe la partie inférieure de la joue, sur une étendue de 6 à 7 centimètres au niveau de la branche horizontale du maxillaire

inférieur, à sa partie moyenne. Elle est rouge, bourgeonnante, cratériforme, sécrétant une sérosité jaunâtre d'odeur infecte. Un bourrelet dur, violacé, entoure ses bords, taillés à pic.

Opération le 16 mai. — Incisions avec le bistouri pour circonscrire les tissus indurés. Dissection de la tumeur avec le thermocautère. Comme la tumeur adhère à l'os, résection de la portion moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur dans l'étendue de 6 à 7 centimètres. Grattage, avec des curettes tranchantes, de plusieurs points suspects. Excision de la glande sous-maxillaire et de plusieurs petits ganglions. Ligatures des artères qui donnent, avec des fils de catgut. Réunion avec crins de Florence. Drainage. Pansement de Lister.

17 mai. La température est à 38.2. L'état général est assez bon, le malade est très gêné pour avaler. Odeur fétide de la bouche, qui est irriguée avec une solution phéniquée. Gargarismes alcoolisés toutes les heures et toutes les demi-heures.

19 mai. L'état s'est bien amélioré, le malade déglutit plus facilement ; il n'a pas encore d'appétit, mais avale très suffisamment pour se nourrir.

Un drain est ôté. Il y a un peu d'œdème de la lèvre inférieure et des téguments circonvoisins.

20 mai. L'état général est très bon. On enlève plusieurs fils de la suture.

Chaque jour on fait un pansement iodoformé.

29 mai. Petit abcès au cou, au niveau du bord inférieur de l'incision. Ouverture de l'abcès qui communique avec la bouche. Drainage. Irrigations phéniquées.

30 mai. Un nœud de ligature au catgut est retiré de la plaie faite pour l'ouverture de l'abcès.

8 juin. L'état général est très bon, la cicatrisation est presque complète. Les pansements à l'iodoforme ne sont plus faits que tous les deux jours.

20 juin. L'état est parfait, le malade se nourrit avec des aliments liquides ou mous, car il ne peut pas encore mâcher des substances un peu dures. Guérison.

5 juillet. Cette guérison ne peut malheureusement être considérée que comme un succès opératoire, car les tissus de la joue sont indurés et violacés. Un point de la cicatrice tend à s'ulcérer. Le cancer est en voie de récidive.

Obs. XV. — Schœnberg, 18 ans, employé de commerce, entre, le 9 décembre 1885, dans le service de M. Polaillon, salle Broca, n° 32.

Ce jeune malade n'est pas affecté de cancer, mais il a subi une perte complète de la joue gauche à la suite d'une gangrène de cette région pendant une fièvre typhoïde. Les arcades dentaires supérieure et inférieure sont à nu. Une masse de tissu cicatriciel inséré, d'une part, sur le maxillaire supérieur, et, d'une autre part, sur le maxillaire inférieur, près de son angle, produit un resserrement des mâchoires tel qu'elles ne peuvent pas s'écarter dans l'étendue d'un millimètre.

Après plusieurs opérations autoplastiques pour restaurer la joue, le 25 février 1886, M. Polaillon résèque toute la portion du maxillaire inférieur qui est adhérente à la cicatrice. Suture des lambeaux. Guérison. (Cette observation sera communiquée plus tard en détail.)

D. *Opérations de cancers comprenant la langue et le plancher de la bouche sans résection du maxillaire inférieur.*

(5 opérés : 4 guéris, 1 mort.)

Obs. XVI. — Dubreuil (Joseph), 64 ans, entré le 14 janvier 1884, pour un carcinome de la moitié droite de la langue et du plancher de la bouche.

Le 19 janvier, ablation des deux tiers droits de la langue et du plancher de la bouche avec les anses du serre-nœud galvanique, dont les fils passent par une incision sous-maxillaire. Suture de l'incision pansement de Lister.

Le 25 janvier, hémorrhagie dans la bouche. La suture sous-maxillaire est défaite par l'interne de garde. Les points qui donnent sont cautérisés avec le thermocautère, et une pince à forcipressure est placée sur une artère, qui est probablement la linguale.

Depuis ce moment le malade a de la fièvre. Le 2 février, il a un grand frisson. La plaie prend un mauvais aspect, malgré les pansements antiseptiques. Le maxillaire inférieur se dénude. Infection purulente. Mort.

Obs. XVII. — Dupard (Pierre), âgé de 47 ans, est entré à la Pitié en 1884, pour un cancer de la langue et du plancher de la bouche.

Le 11 octobre, chloroformisation. Ablation de la langue et des parties malades du plancher de la bouche avec les anses du serre-nœud galvanique.

Revu le 14 mai 1886, cet opéré a une adhérence de ce qui lui reste de la langue avec le plancher de la bouche; de là une grande gêne pour parler et pour mâcher. Il porte un ganglion dur en arrière de l'angle de la mâchoire à droite. Mais, en somme, aucune induration des tissus et pas de récidive apparente.

Obs. XVIII. — Crespin (Pierre), cordonnier, âgé de 56 ans, entré le 4 août 1885, pour un épithélioma ulcéré du plancher de la bouche. Il porte en même temps un épithélioma non ulcéré de la peau dans la région du sternum.

Le 6 août, chloroformisation. Incision sus-hyoïdienne à droite, pour le passage des fils du serre-nœud galvanique. Ablation de toutes les parties malades, complétée avec le thermocautère. Suture. Drain. Pansement de Lister.

Guérison par suppuration. La langue, qui a été respectée dans presque toute son étendue, adhère au plancher de la bouche et gêne la mastication.

Revu au bout de quatre mois, aucune récidive.

Obs. XIX. — Pane, 62 ans, journalier, entre le 16 avril 1886, pour un épithélioma ulcéré de la lèvre inférieure, de la commissure et de la joue gauche. Les ganglions sous-maxillaires sont dégénérés. Le bord inférieur du maxillaire est enchâssé dans la production morbide. Perte continuelle de la salive par l'ulcération de la commissure. Néanmoins la langue est indemne; l'état général est bon. Il n'y a pas d'athérome artériel.

Cet homme avait été opéré, il y a trois ans, d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

Son état actuel était tellement repoussant que nous nous décidâmes à lui faire une nouvelle opération, ne fût-elle que palliative.

Le 29 avril, chloroformisation. Incision verticale sur la partie médiane de la lèvre inférieure.Incision sur la lèvre supérieure en dedans de la commissure, remontant sur la joue et venant gagner l'angle de la mâchoire en circonscrivant en haut les parties malades. Abaissement de cette portion dégénérée de la joue qui est détachée de la face interne et du bord inférieur du maxillaire inférieur. Ablation des ganglions sous-maxillaires dégénérés, et incision dans la région sus-hyoïdienne pour enlever la moitié gauche de la lèvre inférieure et la portion de joue malade. Enfin dissection d'un lambeau au cou pour restaurer la joue et reconstituer la bouche. Suture. Drain. Pansement de Lister.

Réunion immédiate et guérison rapide.

L'opération a atteint son but, en ce sens que la restauration immédiate de la bouche est bien complète et que les aliments et la salive ne s'échappent plus involontairement. Mais au moment de la sortie, qui a lieu le 2 juillet, le cancer commence à récidiver.

Obs. XX. — Klér... (Edmond), architecte, âgé de 50 ans, entre, le 14 mai 1886, salle Broca, n° 1.

Il a de mauvaises dents et fume beaucoup.

Il y a trois mois, une petite ulcération de la langue se montra au niveau d'une incisive supérieure droite qui était ébréchée. Cette ulcération s'étend peu à peu. On la cautérise. Puis on lui conseille un gargarisme avec une solution de chlorate de potasse.

Actuellement toute la moitié droite de la langue est envahie, jusqu'au V lingual, par une induration cancéreuse. Le plancher de la bouche participe à la maladie, et un ou plusieurs ganglions forment une masse volumineuse dans la région sus-hyoïdienne.

L'état général est assez bon.

Le 22 mai, chloroformisation. Incision légèrement courbe depuis la symphyse du menton jusqu'à l'os hyoïde du côté droit. Décollement de la peau dans la région sus-hyoïdienne. Dissection de la tumeur avec le thermocautère. Application de trois anses du serre-nœud galvanique autour de la base de la langue et de chaque côté sur le plancher de la bouche. Ablation, par ce procédé, de la langue et du plancher buccal.

Suture. Drainage. Pansement de Lister.

L'incision suppure. Pansement à l'iodoforme.

Le 6 juillet, Klér... quitte la Pitié. La plaie sushyoïdienne n'est pas

encore complètement cicatrisée. Ayant perdu sa langue, il ne peut plus parler, mais il avale facilement et peut s'alimenter convenablement.

M. Verneuil. Je ne conteste en aucune façon l'utilité des opérations préventives destinées à assurer le succès dans l'ablation des tumeurs du pharynx. Mais je soutiens que les accidents consécutifs ne dépendent pas exclusivement de la résorption, par les voies respiratoires, des produits putrides. C'est ainsi que j'ai opéré récemment avec M. Reclus un vieillard atteint d'un épithélioma de la langue. Il avait une affection des voies urinaires avec traces de lésions rénales. J'ai employé l'anse galvanique pour enlever une portion de la langue. Pendant les deux ou trois jours qui ont suivi, j'ai pu constater l'absence à peu près complète d'odeur putride de la cavité buccale. Cependant, ce vieillard a succombé, du troisième au quatrième jour, à une pneumonie ; à coup sûr, dans ce cas, la pneumonie n'a pas eu pour origine la respiration de germes putrides.

Dans un autre cas, j'ai opéré avec MM. Nepveu et Lereboullet une dame d'un épithélioma de la langue. L'opération, faite avec le fer rouge, a été très régulière. Je me suis contenté de faire la réunion de la plaie de la région sous-maxillaire, qui m'avait servi à parvenir jusqu'au mal. Une sonde a été introduite par les fosses nasales pour l'alimentation, et la gaze iodoformée a été employée pour panser la plaie buccale. Cependant, dès le soir même, des phénomènes de dyspnée se sont produits et la malade est morte le lendemain. Là encore, on ne peut dire que la septicité buccale ait été la cause des accidents pulmonaires.

Il faut bien savoir qu'à la suite de tous les grands délabrements de la cavité buccale on a une mortalité considérable. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour faire dans tous ces cas la trachéotomie préventive, car il y a des morts en dehors de la pneumonie.

Ce que je reproche à la trachéotomie, c'est d'obliger à faire pendant un temps trop long le tamponnement du larynx. Des chirurgiens étrangers ont même accusé la trachéotomie d'avoir été le point de départ d'accidents graves.

C'est surtout à l'état cachectique préalable et au mauvais état des viscères qu'il faut attribuer le développement des pneumonies.

On les voit se produire chez les individus atteints de caries, de nécroses des maxillaires, lorsqu'ils arrivent à la période de cachexie. Ceux qui ont des cancers de l'œsophage, de la langue, du pharynx, meurent de pneumonie ou de pleurésie dans les mêmes conditions.

Il n'en faut pas moins éviter autant que possible la septicité

buccale après les opérations qui se pratiquent sur le pharynx, et tâcher que le thermomètre ne s'élève pas au-dessus de 38°. Les tampons d'iodoforme ne permettent pas toujours d'obtenir ce résultat. Plus d'une fois, en les retirant, au bout de quelques jours, j'ai constaté qu'ils sentaient mauvais.

Un bon moyen pour éviter la décomposition putride, c'est d'assurer une issue large et facile à l'écoulement des liquides et de faire des pulvérisations phéniquées. Par l'emploi de ces deux moyens, j'ai pu, chez un homme auquel j'ai fait une résection partielle du maxillaire pour l'ablation d'un épithélioma de la langue, empêcher la température de dépasser 38°. Chez un homme de Grenelle j'ai dû enlever toute la joue pour le débarrasser d'un épithélioma de cette région. La brèche a été énorme, et cependant, il va guérir sans accidents, grâce à l'écoulement facile des liquides et aux pulvérisations phéniquées.

J'ajoute que, dans ces cas, j'ai recours ultérieurement à une opération autoplastique.

M. Monod. Il ressort de la discussion et spécialement de ce qui vient d'être dit dans cette séance, que les plaies de la cavité bucco-pharyngienne ont une très grande gravité. C'est tantôt l'hémorrhagie, tantôt le défaut d'asepticité qui constituent le danger.

Nous sommes tous d'accord sur ce point qu'il faut tâcher d'obtenir l'asepticité.

Pour ma part, je restreins la trachéotomie préventive aux cas où l'on pratique des plaies qui intéressent largement le pharynx.

Comme M. Verneuil l'a dit, on ne peut songer à maintenir la canule en place pendant cinquante jours. Mais il suffit qu'elle reste dans la trachée pendant la période dangereuse de la plaie ; or, lorsqu'on fait la réunion de la plaie, on sait que cette période dangereuse est fort courte.

A propos du procès-verbal.

M. Sée. L'intéressante communication que vous a faite, dans la dernière séance, notre collègue M. Lucas-Championnière soulève plusieurs questions de pratique qui méritent toute l'attention de la Société de Chirurgie et sur lesquelles je vous demande la permission de donner mon opinion.

M. Championnière insiste avec raison sur les raideurs que laissent après elles certaines fractures, particulièrement celles qui avoisinent ou intéressent les articulations, raideurs qui parfois nécessitent un traitement beaucoup plus long et plus pénible que celui de la fracture elle-même. Pour prévenir et pour guérir ces suites

fâcheuses, notre collègue propose deux moyens, supprimer les appareils, et pratiquer le massage.

Ce n'est, certes, pas la première fois qu'on a voulu rendre les appareils responsables de toutes les conséquences désagréables qu'entraîne le traitement des fractures articulaires ou juxta-articulaires. Mais, de ce qu'un moyen, mal appliqué, peut déterminer des accidents, il ne faut pas conclure à sa suppression. Tout le monde sait qu'en maintenant les fragments dans une immobilité aussi absolue que possible, on hâte leur consolidation, en même temps qu'on fait disparaître la plupart des symptômes subjectifs et objectifs de la fracture, la douleur, le gonflement, les épanchements sanguins ou séreux, l'inflammation qui en sont les conséquences ; tandis que les mouvements involontaires exécutés par le blessé, et surtout ceux qui sont imprimés au membre d'une façon inopportune par la personne appelée à le soigner, sont toujours une source de douleurs très vives, et provoquent parfois dans le foyer de la fracture une irritation qui engendre les accidents les plus graves. Trop souvent nous avons vu un défaut de soins convenables ou des manipulations intempestives exercées par un charlatan qui avait pris une fracture pour une entorse, donner lieu à des tumeurs blanches des jointures ou à des ostéites suppuratives, pour que nous soyons disposés à négliger le précepte, inscrit en tête du traitement de toute fracture, d'immobiliser les fragments. Et pour obtenir l'immobilité, la simple position ne suffit pas; il faut de toute nécessité appliquer un appareil qui la maintienne, indépendamment de la volonté du malade.

Sans doute, les appareils ne devront pas rester en place jusqu'à la consolidation parfaite de la fracture. Tout le monde sait aujourd'hui qu'il faut imprimer aux articulations voisines des fractures des mouvements fréquents et variés, en vue de prévenir les raideurs, aussitôt que la douleur et la crainte des accidents inflammatoires sont écartés, et cette seconde indication du traitement des fractures n'est pas moins importante que la première. Mais de là à pratiquer ces manipulations immédiatement ou peu d'heures après la production de la lésion, comme le veut M. Lucas-Championnière, il y a loin. J'estime, au contraire, qu'en règle générale il faut soustraire absolument les fractures à tout mouvement dans les premiers temps; sans doute, entre les mains exercées de nos collègues, les accidents ne sont pas à redouter; mais que ne produiront pas ces manœuvres opérées par des personnes ignorantes ou malhabiles ?

Il faut reconnaître cependant, et les faits rapportés par M. Lucas-Championnière en donneraient la preuve, si elle n'avait été fournie depuis longtemps, que certaines pratiques, telles que le massage,

appliquées convenablement et en temps opportun, peuvent être très utiles dans le traitement des fractures pour hâter leur consolidation et prévenir les raideurs consécutives ; mais les manipulations et le massage ne devront intervenir qu'à la condition d'être associés et combinés en quelque sorte avec l'immobilisation.

Les raideurs articulaires que laissent les fractures, les adhérences tendineuses, les rigidités du tissu conjonctif interstitiel, en effet, sont dues principalement aux épanchements sanguins ou séreux qu'elles déterminent dans leur voisinage, épanchements qui, par leur seule présence, provoquent des inflammations subaiguës avec infiltrations plastiques dans les mailles du tissu conjonctif péri-articulaire. Provoquer la résorption rapide de ces épanchements, c'est donc prévenir toute raideur, toute gêne dans les mouvements, et si l'on peut atteindre ce but tout en maintenant les fragments dans l'immobilité la plus grande, on aura satisfait aux deux indications les plus essentielles du traitement des fractures.

Or, c'est ce qu'on obtient d'une manière remarquable avec la bande de caoutchouc, ainsi que je l'ai montré en 1884, dans un mémoire sur l'entorse, lu à l'Académie de médecine [1].

« Le mode d'action de la bande de caoutchouc ne demande aucune explication, » disais-je dans ce mémoire à propos de l'entorse (*loc. cit.*, p. 22) ; mais la chose s'applique également aux fractures. La pression douce, mais soutenue, qu'elle exerce sur les organes a pour effet d'en exprimer, en quelque sorte, tous les liquides, quels qu'ils soient, qui remplissent les interstices des tissus, et de les refouler dans les parties non comprimées et saines, où leur absorption s'opère plus facilement. La *bande* de caoutchouc agit donc exactement comme le massage ; mais elle a sur lui cet avantage que son action est continue, ce qui permet de la rendre extrêmement faible, sans qu'elle cesse d'être efficace ; que cette continuité empêche les liquides de rétrograder, comme cela a lieu après chaque friction, et surtout qu'elle évite les réactions qui s'opèrent dans les intervalles des séances de massage, avec retour du gonflement et de la douleur.

« Mais ce qui donne à la compression élastique une immense supériorité sur le massage, c'est que son action s'exerce, le membre étant maintenu dans une immobilité absolue, ce qui la rend applicable aux cas les plus graves comme aux plus légers, à ceux qui s'accompagnent de fractures et d'arrachements osseux, aussi bien qu'à ceux que constitue une simple distension des ligaments.

« A ce point de vue, la compression élastique au moyen de la

[1] Dr Marc Sée, *De l'Entorse et de son traitement*, 1884.

bande de caoutchouc offre une sécurité absolue, qui permet de la confier aux mains les plus inexpérimentées, avec cette simple recommandation de ne pas faire souffrir le blessé.

« Il est à remarquer que l'immobilité prolongée succédant à la compression élastique et maintenue jusqu'à la consolidation de la fracture ne peut pas laisser après elle des raideurs articulaires aussi considérables que celles qu'on observe d'ordinaire après le traitement des fractures articulaires. C'est du moins ce que j'ai pu constater dans deux cas de fracture du péroné avec entorse que j'ai traités d'abord par la compression élastique.

« D'une manière générale, je suis disposé à croire que la compression élastique, en provoquant la résorption rapide du sang épanché, favorise et hâte la formation du cal, qui ne commence véritablement que lorsque les surfaces fracturées sont débarrassées des liquides répandus autour des fragments. Quelques faits qu'il m'a été donné d'observer me semblent ne laisser que peu de doute à cet égard. Il ne sera pas sans intérêt de répéter ces observations. »

Depuis que j'ai écrit ces lignes, j'ai appliqué nombre de fois les principes qu'elles établissent.

Parmi les fractures qui ont été traitées au moyen de la bande de caoutchouc, je me contenterai de citer les suivantes :

1° *Fracture du péroné, avec entorse* (1884). — M. M..., âgé de 50 ans, se fracture le péroné du côté droit en descendant de voiture. Déplacement considérable du pied en dehors, et douleurs excessivement vives. L'accident étant arrivé loin de Paris et à la campagne, on appelle un masseur, qui pratique la réduction au moyen de frictions et applique un appareil. Le lendemain, les douleurs persistent, bien qu'un peu moins vives; le gonflement est considérable : ecchymose très étendue au pied et le long de la jambe. J'applique la bande de caoutchouc : disparition rapide de tous les symptômes. Appareil inamovible le huitième jour. Consolidation très rapide de la fracture. Au bout d'un mois, le blessé marche sans aucune gêne dans les mouvements. Il est difficile de reconnaître le siège de la fracture.

2° *Fracture de l'olécrâne gauche.* — M. S... (de Lille), âgé de 70 ans. Écartement de deux travers de doigt entre les fragments. Épanchement sanguin considérable dans l'articulation, ecchymose le long de l'avant-bras tout entier. Pendant quelques jours, simple repos, l'avant-bras fléchi à angle droit.

Le quatrième jour, j'applique la bande de caoutchouc et je mets l'avant-bras dans une extension complète, que je maintiens pendant dix jours : au bout de ce temps, le sang épanché ayant complètement disparu, on ramène l'avant-bras dans la demi-flexion et l'on applique un appareil inamovible.

Cet appareil, enlevé après trois semaines, je suis étonné de constater

la consolidation osseuse des fragments, et une liberté complète des mouvements. M. S... se sert de son bras sans la moindre gêne.

3° *Fracture de l'olécrâne droit.* — M. E..., âgé de 65 ans, cocher. — Chute sur le coude, le 17 mars 1885. Entré à l'hôpital Rothschild le même jour. Fracture transversale de l'olécrâne, avec écartement des fragments mesurant un bon travers de doigt. Épanchement sanguin moyen dans la jointure ; ecchymose s'étendant très loin au-dessus et surtout au-dessous de la fracture. On se contente d'appliquer des compresses imbibées d'eau alcoolisée.

Le quatrième jour, bande de caoutchouc, le membre étant dans l'extension complète. Disparition rapide du gonflement et de l'épanchement. — Appareil.

Le 10 avril. La consolidation est faite. Il n'y a plus trace d'écartement des fragments. E... commence à se servir de son membre sans éprouver de douleur.

J'ajouterai, en terminant, que j'ai traité de la même façon plusieurs fractures du péroné, une fracture de jambe, deux fractures de l'extrémité inférieure du radius et une fracture de la rotule. Dans ce dernier cas, l'écartement des fragments, après la guérison, a été presque nul, et le malade a pu marcher après un temps très court.

Rapport.

Observation de tumeur kysto-adénoïde de la parotide, traitée par l'ablation, suivie de fistule salivaire et enfin guérie, par le Dr Cabadé.

Rapport par M. Terrier.

Cette observation intéressante a été présentée, à la fin de 1885, à la Société de chirurgie, par mon confrère et ami le Dr Cabadé, de Valence d'Agen ; en voici le résumé :

M. L..., 58 ans, de tempérament strumeux, remarqua, en février 1883, qu'il était porteur d'une petite tumeur de la région parotidienne droite, tumeur datant de 6 mois déjà et offrant les dimensions d'une noisette. Elle était arrondie, lisse, élastique et dure, mobile, et occupait la partie supérieure de la loge parotidienne, si bien que, par sa partie supérieure, elle répondait à la partie cartilagineuse du conduit auditif externe. Cette néo-formation resta stationnaire en 1883 et 1884.

Le 15 septembre 1884, le malade fut atteint d'une fluxion d'origine dentaire; l'inflammation gagna la région postérieure de la joue et la région parotidienne, et la tumeur acquit de suite un volume assez considérable.

Peu après, les phénomènes de fluxion disparurent, les parties tuméfiées, joue et région sous-maxillaire, reprirent leur aspect normal; « seule la tumeur ne diminua pas, elle présentait le volume d'une petite pomme d'api, faisant une saillie assez considérable à la région parotidienne, soulevant en haut et en dehors le lobule de l'oreille. »

La surface de la tumeur offrait alors quelques bosselures ; de plus, la masse s'était ramollie et présentait sur quelques points une fausse fluctuation. Un prolongement de la tumeur descendait le long de la face externe de la branche montante du maxillaire. Les téguments, amincis et violacés, adhéraient à la néo-formation, devenue elle-même moins mobile, mais d'ailleurs presque insensible.

M. Cabadé conseilla l'extirpation de la tumeur, bien qu'il crût à l'existence d'une tumeur dite adénoïde, c'est-à-dire relativement bénigne. Cette opinion fut confirmée par le D[r] Labéda, de Toulouse; toutefois, celui-ci fit quelques réserves sur le pronostic de la néoformation.

Une ponction exploratrice ne donna issue à aucun liquide, bien qu'elle fût faite dans les parties fluctuantes de la tumeur.

L'opération fut pratiquée le 6 octobre 1884 avec l'aide des D[rs] Labéda (de Toulouse), Goux (d'Agen), Talbère (de Valence).

Après anesthésie, la tumeur fut circonscrite par une double incision elliptique, oblique en bas et en avant; les deux lambeaux furent disséqués avec soin et la tumeur fut séparée des parties voisines. La dissection dut être faite au bistouri et les tentatives d'isolement, avec les spatules ou les sondes, furent inutiles.

Un peu effrayé de la profondeur à laquelle il était obligé d'agir et voyant que la tumeur avait de profondes racines, M. Cabadé résolut de finir l'opération en se servant de l'écraseur.

« Je circonscrivis la tumeur, dit-il, à l'aide d'une aiguille courbe dirigée sur le doigt, me rapprochant le plus possible des vaisseaux sans les comprendre dans l'action de la chaîne. » Deux anses de chaînes d'écraseur furent placées, et la tumeur fut détachée sur les deux tiers environ de ses adhérences; on termina par une troisième ligature, dit l'auteur, ce qui veut probablement dire l'application d'une troisième anse d'écraseur.

Il s'ensuivit une large plaie au fond de laquelle on voyait battre la carotide externe; les bords de la plaie furent suturés tant bien que mal et on y plaça un drain.

Les suites de l'opération furent simples, les sutures furent enlevées le quatrième jour et le drain le quatorzième jour. On fit un pansement à l'acide borique et, au bout d'un mois, il ne restait plus qu'une plaie insignifiante.

Le 12 novembre, on constate dans cette plaie une petite fistule salivaire, venant directement dans le lobule de la glande. La cautérisation au nitrate d'argent et la compression ne réussirent pas à guérir la fistule. On lui substitua l'oblitération quotidienne avec le collodion térébenthiné, et, au bout de peu de temps, la fistule fut guérie.

Quelle était la nature de la tumeur enlevée ? A l'examen microsco-

pique, elle était constituée par une coque grise, nacrée, très résistante, contenant dans son intérieur une sorte de pulpe, de magma rougeâtre; à cette coque entourée de tissu adipeux, étaient adhérents deux ganglions lymphatiques du volume d'un petit pois.

Au microscope, la coque se composait de fibres lamineuses, de noyaux embryoplastiques et de quelques fibres élastiques; ces divers éléments étaient environnés de granulations amorphes et de granulations graisseuses très abondantes.

Le magma contenu dans la coque est composé de granulations, de gouttes d'huile, d'un grand nombre de culs-de-sac glandulaires altérés et d'épithélium nucléaire à noyaux sphériques plus ou moins altérés et granuleux.

En fait, l'auteur considère la tumeur comme un kysto-adénome de nature bénigne.

Nous n'avons que peu de choses à ajouter à l'observation de M. Cabadé. Le manuel opératoire qu'il a suivi est celui que nous avons souvent vu mettre en pratique par notre maître Chassaignac; lorsqu'il arrivait à une région dangereuse par sa vascularisation, il conseillait l'emploi de l'écraseur. Nous avouons ne pas partager complètement les opinions de Chassaignac, et dans ce cas particulier une dissection attentive au bistouri nous eût semblé préférable à la section aveugle et relativement hémostatique de la chaîne de l'écraseur.

Quant à la nature de la tumeur, son origine glandulaire paraît évidente, aussi peut-on la regarder comme une tumeur bénigne, bien qu'il faille faire des réserves assez grandes sur le pronostic de ces tumeurs mixtes de la région parotidienne.

Enfin, l'existence de la fistule salivaire ne nous semble pas bien anormale, surtout dans ce cas, et sa guérison nous paraît plutôt spontanée que provoquée par l'application journalière du collodion térébenthiné. En résumé, Messieurs, je vous propose de déposer l'observation de M. Cabadé aux Archives et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de malade.

M. le Dr Pozzi présente le sujet de l'observation suivante :

Ovarite chronique, datant de quatre ans, très douloureuse. — Échec de tout traitement médical. — Castration double. — Guérison complète.

Catherine Maus.., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital temporaire Pascal, salle A, lit n° 4, le 17 novembre 1885.

Antécédents.— Pas de maladies de l'enfance, nulle trace de scrofule ni de syphilis. Réglée à 12 ans. Mariée à 20 ans, menstruation régulière. *Aucun phénomène quelconque d'hystérie ou de nervosisme.* Premier enfant à 22 ans, sans accidents ; se porte bien. Deuxième enfant à 25 ans (il y a 4 ans), grossesse et couches pénibles ; l'enfant meurt à 8 mois.

C'est à partir de ce moment que les douleurs dans le ventre ont apparu pour ne plus cesser. Il ne paraît pas cependant y avoir eu de phénomènes d'inflammation aiguë. Mais le ventre est resté ballonné, sensible, et des douleurs très vives suivent la moindre fatigue ou le coït.

La marche elle-même provoque l'apparition de douleurs siégeant surtout dans la fosse iliaque gauche. Pas de leucorrhée. Les règles auraient été normales jusqu'à ces derniers mois, où se sont produites de véritables hémorrhagies. Depuis la même époque (20 mois), les douleurs sont devenues plus vives et presque continues, condamnant la malade à un repos absolu ; elle doit même depuis lors garder le lit presque constamment.

Il y a un an, elle entre dans le service du Dr Gallard, où elle demeure deux mois. On lui met successivement dans la région iliaque gauche des vésicatoires, des sangsues, des pointes de feu. Loin de s'améliorer, l'état empire : le ballonnement du ventre et les douleurs augmentent surtout au moment des règles ; cependant, dans les deux derniers jours des règles ou dans ceux qui les suivent immédiatement, il y a presque toujours une détente, une véritable amélioration dans l'état douloureux.

Malgré ces phénomènes morbides, l'état général reste bon, il n'y a pas d'amaigrissement ; l'appétit, quoique médiocre, n'est pas sensiblement altéré.

En septembre 1885, la malade entre dans le service du Dr Polaillon, à la Pitié. Elle y est traitée par l'application de pointes de feu sur le col, et n'en éprouve pas de soulagement appréciable.

Elle entre à Pascal le 17 novembre 1885.

État au moment de l'entrée. — Les *signes fonctionnels* sont les suivants :

Tension continue dans le bassin, chaleur, pesanteur. Douleurs abdominales intenses, augmentant surtout au moment des règles. Puis, quand celles-ci sont passées, la malade a un ou deux jours de répit, après lesquels les douleurs reviennent. Elles ne sont pas continues, mais se montrent par crises, durant plusieurs heures, apparaissant surtout le soir, crises pendant lesquelles l'état de la malade est intolérable, et on est quelquefois obligé d'avoir recours à des piqûres de morphine pour la calmer.

Tous les autres organes fonctionnent bien.

État général. — Pas d'anémie prononcée, pas d'amaigrissement notable.

Signes locaux. — La palpation abdominale ne révèle rien d'anormal dans le bassin.

Le toucher, combiné au palper, nous montre l'utérus en légère anté-

flexion. Le col est un peu gros. Mais ni le toucher ni l'examen au speculum ne révèlent de métrite caractérisée; la dimension de la cavité utérine n'est pas augmentée. Avec le toucher et le palper combinés, on détermine une douleur vive dans la région des ovaires, surtout à gauche. Mais il n'y a pas moyen de sentir l'ovaire prolabé dans le cul-de-sac de Douglas par le vagin, ni de l'atteindre par le toucher rectal.

M. Pozzi diagnostique une péri-ovarite chronique suite d'une pelvi-péritonite limitée, postpuerpérale. La malade est pendant trois mois tenue au repos, avec bains prolongés tous les deux jours et cataplasmes sur le ventre, etc. Aucune amélioration. En présence de cet état, qui a résisté depuis un an à toutes les médications employées successivement dans trois services, M. Pozzi propose à la malade la castration, qu'elle accepte. Elle est pratiquée le 13 février 1886.

Incision, sur la ligne blanche, de 12 centimètres, partant à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic (primitivement de 10 centimètres, elle a dû être augmentée de 2 centimètres, à l'aide des ciseaux, à cause des difficultés opératoires qui se sont présentées).

Un peu d'hémorrhagie par les veines sous-cutanées.

Après l'incision du péritoine, quatre fils sont passés à travers les lèvres de la plaie, en haut, en bas et sur les côtés, pour permettre de tendre et d'écarter l'ouverture de la paroi abdominale, et aussi pour s'opposer au décollement des divers plans qui composent les parois, durant les manipulations.

Les intestins sont refoulés en haut à l'aide d'éponges larges.

La main introduite trouve l'ovaire droit en rétroversion (tandis que l'utérus est en antéversion).

Grand nombre d'adhérences dues à des inflammations anciennes. On les déchire avec les ongles, et une pince longue saisit l'aileron du ligament large immédiatement au-dessous de l'ovaire pour l'attirer plus facilement au dehors. Le volume de cet organe est un peu augmenté et il renferme trois petits kystes sanguins gros comme des pois.

Le pédicule est lié à l'aide de trois ligatures au fil de soie phéniqué.

Pour en opérer la section, on remplace la pince longue par une pince-cautère de Hegar, immédiatement au-dessus des ligatures.

On protège les parties environnantes à l'aide d'une compresse mouillée et on sectionne lentement au thermocautère.

Pas d'hémorrhagie à la surface de la section, qui est touchée à la solution phéniquée forte.

L'ovaire gauche est aussi maintenu en rétroversion ; quoique ayant contracté des adhérences comme l'autre, il est dégagé plus facilement et enlevé par le même procédé. Il ne présente pas d'altérations apparentes. Deux ligatures seulement sont placées sur le pédicule.

La cavité péritonéale est rapidement épongée ; elle ne contient pas de sang. L'épiploon est étalé au-devant du paquet intestinal, et la plaie est fermée par : 1° cinq sutures profondes. L'une d'elles perfore une branche de l'épigastrique, qui donne du sang abondamment. L'hémorrhagie paraît être arrêtée par une suture voisine ; 2° six sutures superficielles. Pansement à la gaze iodoformée.

L'opération a duré une heure et demie avec le pansement. Une remarque intéressante a été faite au cours de l'opération : chaque fois que le ligament large a été pincé ou serré avec les ligatures, il s'est produit chez la malade des mouvements réflexes qui ont amené le vomissement d'une petite quantité de mucus stomacal, avec un peu de hoquet et un peu de cyanose passagère.

L'examen histologique des ovaires n'a pas révélé d'altérations autre que la présence des petits kystes sanguins déjà signalés, et que quelques auteurs ont signalés comme caractéristiques de l'ovarite.

En somme, la lésion principale résidait dans les adhérences qui emprisonnaient les ovaires et les maintenaient dans une situation vicieuse; il y avait plutôt *périovarite* qu'*ovarite* proprement dite.

Les suites de l'opération ont été excessivement simples. Il y a eu seulement un petit thrombus dans la paroi abdominale, qui a amené un peu de suppuration dans un point très limité de la plaie. La cicatrisation était complète le 5 mars, au moment présumé des règles. Celles-ci n'apparaissent pas, mais la malade accuse des bouffées de chaleur et quelques douleurs lancinantes dans le ventre.

Depuis, cet état congestif avec tendance au sommeil s'est reproduit régulièrement à l'époque menstruelle, mais sans douleurs notables, et aussi sans le moindre écoulement sanguin.

La malade *ne sent plus son ventre*, c'est son expression. Elle jouit d'un bien-être qui lui était inconnu depuis quatre ans, et a repris une vie très active. Elle est complètement guérie, ainsi que la Société peut s'en convaincre en l'examinant et l'interrogeant.

La cicatrice abdominale est linéaire, très résistante, sans aucune tendance à l'éventration. Cependant, par prudence, la malade porte une ceinture abdominale.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 21 juillet 1886.

Présidence de M. Lannelongue, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Les *Proceedings of the royal medical and chirurgical Society of London,* pour mars et juin 1886 ;

3° *Procédé d'extirpation de l'astragale et de résection tibio-tarsienne. — Recueil de faits et observations cliniques. — Incision de la vessie au cours d'une ovariotomie. — Conférence sur l'extirpation du goitre*, par M. Jacques Reverdin, de Genève, membre associé de la Société ;

4° M. le ministre de l'instruction publique envoie à la Société un exemplaire du discours qu'il a prononcé le 1er mai dernier, à la séance de clôture du Congrès des Sociétés savantes. M. le ministre demande à la Société de vouloir bien lui donner son opinion sur le choix des vacances de la Pentecôte, comme époque de réunion du Congrès des Sociétés savantes pour l'année 1887 ;

5° Demande d'un congé d'un mois par M. Pozzi ; renvoi à la commission des congés ;

6° M. le Dr Baudon, correspondant national, à propos du fait de guérison de *kyste du foie*, obtenu par M. Le Dentu après une seule ponction, informe la Société que chez un vieillard de 72 ans, atteint de la même affection, il a dû à la même méthode un succès qui ne s'est pas démenti depuis six ans. Le liquide ne contenait pas de crochets. Il parut se reproduire après la première ponction, mais un second coup de trocart ne donna issue à aucun liquide, et la tumeur disparut spontanément ;

7° *Uréthrotomie interne suivie de mort*, par le Dr Jobard de Massy (M. Monod, rapporteur) ;

8° Deux cas d'*épithélioma de la joue ;* — huit cas personnels de *kélotomie ;* — deux cas de *désarticulation de la hanche,* par le procédé de dissection, par M. le Dr Piéchaud, agrégé et chirurgien des hôpitaux de Bordeaux (commission : MM. Trélat, Tillaux, Farabeuf, rapporteur) ;

9° M. le Dr Robert, professeur agrégé au Val-de-Grâce, membre correspondant national, offre à la Société un traité *Des Manœuvres d'ambulances et des connaissances militaires pratiques*, à l'usage des médecins de l'armée (remerciements).

A propos du procès-verbal.

M. Larger. Je félicite sincèrement M. Lucas-Championnière de sa communication sur le traitement des fractures juxta-articulaires, et j'applaudis à ses conclusions, dont on peut dire qu'elles sont une véritable réhabilitation des rebouteurs. Le fait est que les résultats qu'obtiennent ces derniers sont souvent fort remar-

quables ; malgré leur ignorance et leur brutalité, ils guérissent plus vite et plus sûrement les entorses, à l'aide du massage, que ne le font les chirurgiens qui traitent ces lésions par les appareils inamovibles. Il y a bien, je le sais, quelques victimes ; mais ne voit-on pas aussi des raideurs et des atrophies plus ou moins persistantes du fait des praticiens qui immobilisent toujours et quand même ?

La pratique du massage cependant présente quelques difficultés; très douloureuse pour le malade, elle est surtout longue et fastidieuse pour le chirurgien. Depuis plusieurs années, je remplace avantageusement le massage par la méthode suivante :

On applique l'appareil d'Esmarch jusqu'à la racine du membre. Laissant en place le lien supérieur, on déroule ensuite la bande de caoutchouc, de la racine du membre à l'extrémité, jusqu'au niveau du gonflement déterminé par le traumatisme.

Les choses restent ainsi en place pendant 10, 15, 20 minutes au maximum, selon l'intensité du gonflement. De cette manière, le sang et la sérosité de l'épanchement sont chassés dans le tissu cellulaire du membre ischémié, où ils disparaissent à vue d'œil, pour ainsi dire.

La bande de caoutchouc est alors entièrement retirée et remplacée par un bandage ouaté compressif. Ce n'est qu'après l'application de ce dernier qu'on défait le lien constricteur de la racine du membre.

Le lendemain, le surlendemain ou trois jours après, le bandage ouaté est défait. Généralement alors il n'existe plus traces du gonflement, et il suffit d'appliquer une chaussette lacée en tissu élastique ou en peau de chien, en cas de fracture du péroné, ou une mitaine, en cas de fracture du radius, pour que les mouvements s'accomplissent facilement et presque sans douleur. La guérison s'opère avec rapidité.

Dans les cas où l'épanchement n'a pas entièrement disparu à la levée du bandage ouaté, on répète au besoin l'application de l'appareil d'Esmarch, et l'on procède comme la première fois.

Je n'ai eu qu'à me louer de cette manière de faire, tant au point de vue des résultats obtenus — résultats que chacun peut contrôler en expérimentant ma méthode — qu'à celui de l'innocuité absolue de ces manœuvres, dont la simplicité et la régularité font contraste avec les moyens brutaux des masseurs.

En résumé, moins de douleurs pour le malade, plus de facilités pour le chirurgien, qui, tout en peinant infiniment peu, n'a pas à faire son éducation de masseur ; moins de perte de temps pour les deux, et, en fin de compte, résultat tout aussi satisfaisant, sinon plus : tels sont les avantages que me paraît présenter cette nou-

velle méthode, qu'on pourrait appeler le *massage ischémique*, sur le massage ordinaire ou des rebouteurs.

M. Terrier. Depuis la communication que nous a faite M. Lucas-Championnière, j'ai voulu expérimenter le traitement qu'il a préconisé. Sur deux malades atteints de fracture du péroné, sans déplacement, j'ai fait pratiquer le massage tout d'abord pendant deux ou trois minutes seulement, puis, les jours suivants, pendant six, huit et dix minutes. Les résultats obtenus ont été parfaits. Tout œdème avait disparu, et, au bout de quinze jours, j'ai permis aux malades de se lever. Avec un bas élastique, ils ont pu marcher sans inconvénient, et ils marchaient très bien.

M. Lucas-Championnière. J'ai exposé, dans ma récente communication, la manière dont j'avais agi ; mais il est évident qu'il peut y avoir des modes particuliers dans la pratique du massage. Cependant, il me semble que le mode de massage le plus simple mérite d'être conservé. La constriction exercée par une bande risque toujours de devenir douloureuse.

Il ne faut pas oublier que les rebouteurs font, en réalité, dix-huit fois sur vingt, le massage sur des fractures prises pour de simples entorses. En outre, ils tiennent, dans l'intérêt de leur réputation, à ce que le malade puisse marcher immédiatement. Malgré ces conditions fâcheuses, il est très rare qu'il se produise d'accidents.

Pour ma part, je suis convaincu que l'immobilisation des articulations, à partir d'un certain âge, est mauvaise, et qu'elle laisse toujours à sa suite des raideurs.

M. Berger. Depuis quelque temps, j'ai fait pratiquer dans mon service le massage par un masseur de profession. Il a spécialement appliqué ses manœuvres sur des articulations immobilisées pour le traitement de fractures.

Les résultats constatés ont été satisfaisants. C'est ainsi qu'un vieillard de 70 ans, à la suite d'une fracture du fémur, a été soumis au massage vers le soixante-dixième jour. Le genou a pu être mobilisé et arriver à une demi-flexion. Le malade s'est levé vers le quatre-vingtième jour.

J'ai vu également les mouvements articulaires se rétablir après quatre ou cinq séances de massage, à la suite de fractures du péroné ou de l'extrémité inférieure du radius déjà consolidées.

M. Terrillon. Depuis un voyage que j'ai fait à Amsterdam, où j'avais été frappé des résultats obtenus dans le traitement des fractures, j'ai renoncé à immobiliser les fractures de l'extrémité inférieure du péroné, comme je le faisais précédemment. Dans l'établissement d'instruction dont je suis le chirurgien, les fractures

sont fréquentes. Mais je me contente d'appliquer un appareil silicaté qui entoure l'extrémité inférieure de la jambe, les malléoles et le talon, sans immobiliser les articulations du tarse. Les jeunes gens peuvent continuer ainsi à marcher et à aller en classe. Je ne pratique pas, il est vrai, le massage.

J'ai employé ce même appareil, qui laisse le pied libre, chez des vieilles femmes de mon service de la Salpêtrière, et je dois dire que je n'ai observé que très peu de raideurs consécutives.

Rapport.

Bec-de-lièvre double. — Opération en deux parties, à deux ans d'intervalle. — Guérison, par M. le Dr de Valcourt.

Rapport par M. Richelot.

M. Richelot fait un rapport oral sur cette observation et conclut à l'insertion dans les *Bulletins*.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Observation. — J'ai l'honneur de soumettre à la Société de Chirurgie la photographie d'une petite fille opérée d'un double bec-de-lièvre avec succès, par un procédé non classique.

Il s'agit de l'enfant d'un facteur des postes, demeurant à Cannes. Elle est née en décembre 1882. Les parents sont sains, l'enfant bien constituée, sauf en ce qui concerne la lèvre supérieure, laquelle est le siège d'un double bec-de-lièvre.

La lèvre supérieure n'existe pour ainsi dire pas ; à partir des commissures et des deux côtés, la lèvre remonte jusque dans l'une ou l'autre narine ; au-dessous de la cloison nasale, on voit un tout petit pédicule, de la grandeur de la luette d'un enfant nouveau-né. Lorsque la petite fille crie, ce petit pédicule se redresse de façon à rendre la physionomie tout particulièrement hideuse ; les narines sont évasées par le fait de la traction de ce qui devrait être les lèvres. La gencive et le maxillaire en avant sont tout à fait à découvert. En résumé, la lèvre supérieure présentait exactement la forme et l'évasement des piliers pharyngiens et de la luette. Aucune malformation du tissu osseux.

Que fallait-il faire en pareille occurrence ? Réséquer le lobule médian et réunir par autoplastie ? Mais dans ce cas il eût fallu prendre très loin les lambeaux sur les joues et pratiquer une telle tension que la réunion en eût été fortement compromise.

Prendre deux petits lambeaux sur le lobule et le reste sur les

joues ? Mais le lobule était si petit qu'en le divisant en deux sections il n'en fût resté pour ainsi dire plus rien ; en outre, les narines, très dilatées, eussent rendu la réunion très difficile, même en transfixant la base des narines.

Ou bien était-il préférable de diviser l'opération en plusieurs temps ? C'est à ce dernier parti que j'ai donné la préférence.

La première opération, en date du 27 avril 1883, consista à réunir la division du côté gauche en faisant une incision en V renversé, par le procédé Mirault, d'Angers, modifié par Nélaton. La réunion, obtenue assez rapidement par première intention, devint très solide et fort peu apparente.

Dans une seconde séance (21 mai suivant), la division du côté droit fut réunie par le même procédé, l'incision nouvelle sur le lobule eut lieu tout contre l'incision cicatrisée de la première opération. Néanmoins, la réunion par première intention put être obtenue après avoir eu soin d'employer le traitement antiseptique et de recouvrir les épingles de collodion iodoformé et de baudruche. Le collodion et la baudruche furent renouvelés et maintenus au moment ou les épingles furent enlevées.

Par cette opération, pratiquée comme on le voit en deux séances rapprochées, le pédicule se trouvait faire corps avec les parties voisines. Le bec-de-lièvre était donc guéri dans sa partie nasale et supérieure, mais le maxillaire restait encore à découvert en grande partie. L'enfant fut laissée en cet état pendant deux ans.

Cette période permit au pédicule, originairement si grêle, d'acquérir en largeur une étendue quadruple, grâce à la tension des parties voisines, et c'est sur ce point que je me permets d'attirer l'attention de la Société. Non seulement la réunion du lobule et des parties voisines, à droite et à gauche, était obtenue, mais le tiers de la lèvre supérieure était reconstitué et l'écartement des deux tiers inférieurs se trouvait diminué.

C'est dans ces conditions qu'une troisième séance, constituant la *seconde phase de l'opération*, eut lieu le 28 avril 1885. Elle comporta l'avivement du bord libre du pédicule et une autoplastie à droite et à gauche. La réunion par première intention fut également obtenue, et la photographie de l'enfant, tirée en janvier 1886, prouve que le résultat a été aussi satisfaisant que possible.

En résumé, la particularité de ce cas de bec-de-lièvre double consiste en ceci :

1° Conservation du lobule, malgré sa tenuité ;

2° Accroissement considérable dudit lobule, après la première phase de l'opération ;

3° Autoplastie effectuée *deux ans après*, amenant la restauration parfaite de la lèvre.

Rapport.

Deux observations de tumeurs des os maxillaires supérieurs, par M. le Dr Jeannel.

Rapport par M. le Dr P. Berger.

I. — J'ai eu l'occasion cette année même, à propos d'une observation que vous avait communiquée M. le Dr Kirmisson, de réunir la plupart des faits publiés de tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur et de vous présenter le résultat auquel m'avait conduit l'étude de ces observations. J'étais arrivé à conclure que ces tumeurs elles-mêmes, que l'examen histologique devait faire ranger parmi les vrais chondromes, présentaient quelques-uns des attributs d'une malignité relative, entre autres une grande tendance à la repullulation après leur ablation ; je disais que la raison de ces fréquentes récidives pouvait être révélée par quelques-uns des caractères anatomiques des tumeurs récidivées, tandis que leur cause immédiate était le plus souvent dans l'opération trop ménagée, à laquelle on avait eu d'abord recours, et, qu'à ce point de vue, la résection de tout le maxillaire supérieur devait être préférée aux résections partielles ou aux tentatives d'énucléation de la tumeur. La première des observations que vous a envoyées M. Jeannel vient confirmer d'une manière complète ces quelques propositions ; en raison de l'intérêt qu'elle présente, je la reproduis ici presque en entier :

Chondrome du rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure; trois opérations : extirpation totale du maxillaire supérieur droit et partielle du maxillaire gauche; récidive, envahissement de la cicatrice cutanée. — Examen histologique, par M. le Dr Jeannel.

Le nommé S. Basile, âgé de 50 ans, cultivateur à Mérens (Ariège), est entré dans mon service à l'hôpital de Toulouse, salle Saint-Pierre, n° 9, le 23 mars 1885.

Vers le mois de janvier 1884, il s'aperçut qu'il portait à la mâchoire supérieure, au niveau des incisives médianes, sur la face externe du rebord alvéolaire, une petite tumeur dure, du volume d'un haricot, qui augmenta progressivement de volume en s'étalant à gauche et à droite, sans causer aucune autre gêne ou douleur que celles résultant de sa seule présence.

Au commencement du mois de juillet 1884, il entra pour la première fois dans mon service à l'hôpital.

Je constatai alors une tumeur du volume d'un œuf de poulette, soulevant la lèvre supérieure et la racine de la cloison du nez, étendue sur le rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure, de la canine droite à la

deuxième incisive gauche incluse. Les dents étaient saines, pas même ébranlées; le rebord alvéolaire n'était point épaissi; il n'existait aucune saillie vers la voûte palatine.

La tumeur semblait posée sur l'os et ne pas en dépendre, mais elle appartenait évidemment au périoste; elle remontait d'un demi-centimètre sous la joue droite.

Elle était d'une dureté élastique, très finement bosselée; la muqueuse qui la recouvrait était amincie, blanchâtre par place. Je pratiquai l'extirpation.

La tumeur appartenait bien au périoste et se laissa facilement décoller de l'os auquel elle tenait par des tractus vasculaires pénétrant dans les canaux de Havers élargis.

L'os était dur, un peu éburné. Je le ruginai jusqu'à ce qu'il présentât une apparence saine, c'est-à-dire que j'en enlevai une épaisseur de 3 à 4 millimètres environ.

Au bout d'un mois, l'opéré sortit, semblant complètement guéri.

L'examen histologique pratiqué alors montra qu'il s'agissait d'un chondrome qui fut qualifié bénin. (Voir plus loin l'analyse histologique pratiquée par M. Laulanié.)

J'avais oublié ce malade, lorsque, le 22 mars 1885, il rentra à l'hôpital, porteur d'une récidive. La guérison s'était maintenue pendant deux mois, c'est-à-dire août et septembre 1884. Vers la fin de septembre, la récidive apparut sur la cicatrice et l'envahit tout entière ainsi que le tissu osseux ruginé du rebord alvéolaire.

Je constate aujourd'hui une masse bosselée, irrégulière, du volume d'une mandarine, grisâtre, ulcérée et un peu molle par endroits, dure ailleurs, ayant non seulement pris la place de la tumeur primitive, mais ayant envahi le tissu du rebord alvéolaire des deux maxillaires au niveau des incisives et la voûte palatine jusqu'à un centimètre des dents. Le rebord alvéolaire et les dents sont mobiles, les dents sont noires.

La tumeur remonte sous la joue droite jusqu'au trou sous-orbitaire, mais sans adhérer à l'os; elle soulève le nez et un peu la joue gauche, sans dépasser les canines.

Pour pratiquer une opération suffisante, il eût fallu, dès ce jour, extirper les deux maxillaires. Je reculai, à tort sans aucun doute, devant un tel sacrifice, et, considérant que le néoplasme primitif était un chondrome pur et qu'il était implanté sur la portion des maxillaires qui représente l'os incisif, je crus pouvoir tenter encore une opération partielle.

Il n'existait, du reste, aucune adénopathie.

Le malade souffrait cette fois et réclamait une intervention hâtive.

Le 27 mars, je pratique l'opération suivante avec l'aide de M. Haynard, professeur suppléant à l'École de médecine :

1° Tamponnement postérieur de la fosse nasale droite. Chloroforme;

2° Incision contournant l'aile du nez à droite à partir du milieu du sommet du pli naso-jugal et venant couper la lèvre supérieure en son milieu : hémostase de plusieurs artères coupées;

3° Dissection du lambeau jugal à l'aide du thermocautère en rasant le néoplasme jusqu'à en dépasser les limites en dehors et atteindre l'os sain : dissection de la même manière du nez et de la lèvre supérieure (moitié gauche) ;

4° Le néoplasme est alors en totalité à jour ; comme il s'épanouit en champignon, j'en arrache avec les doigts la plus grande partie, et je touche au thermocautère tout ce qui saigne ; je puis bien voir ainsi l'os sous-jacent et les limites des parties malades ;

5° Arrachement de la canine gauche ; puis, à partir de là, à l'aide de la gouge et du maillet, sculpture dans les maxillaires de toute la portion malade, en ayant soin de passer en tissu sain. Je constate alors qu'il faut sacrifier la canine et la première petite molaire droite et empiéter d'un grand centimètre sur la voûte palatine. Le sinus maxillaire n'est pas ouvert ; l'épine nasale saute.

Il résulte de là une perte de substance en arcade, partant de la deuxième petite molaire à droite jusqu'à la première à gauche.

Je réunis la plaie cutanée par sept points de suture et je recouvre la ligne de suture d'une couche de collodion iodoformé. Pulvérisations au sublimé à 1/1000 dans la bouche, toutes les deux heures.

Les suites furent assez simples ; mais dès le 21 avril suivant je constate un noyau de récidive au niveau de l'angle rentrant de l'arcade formée par la plaie osseuse, sur la voûte palatine ; ce noyau avait le volume d'une noisette.

24 *avril*. Excision de la récidive avec rugination de l'os après ouverture de la cicatrice cutanée. Thermocautère sur les parties ruginées.

9 *mai*. Je constate une repullulation nouvelle au centre de la perte de substance, tant aux dépens de la cicatrice de la muqueuse palatine qu'aux dépens de la cicatrice osseuse.

La cicatrice cutanée est particulièrement ferme et raide, elle adhère à la tumeur.

21 *mai*. La récidive recouvre tout le maxillaire supérieur droit et empiète peu sur le gauche, qui cependant est très positivement atteint.

La cicatrice cutanée adhère à l'os.

Je propose au malade d'abord l'extirpation totale du maxillaire supérieur droit avec ablation de toute la portion malade du côté gauche ; en second lieu, s'il survient encore une récidive, l'extirpation du maxillaire supérieur gauche. Cette seconde hypothèse et cette seconde opération étaient pour moi des certitudes, et si je ne pratiquai pas en une seule fois l'extirpation des deux maxillaires, c'était pour éviter au patient un traumatisme trop violent et une opération trop longue. Le malade accepta.

Le 27 mai, je pratiquai l'extirpation totale du maxillaire supérieur droit et d'une portion du maxillaire gauche, c'est-à-dire de l'apophyse palatine et du rebord alvéolaire jusqu'au niveau de la première grosse molaire inclusivement.

L'opération fut difficile dans son dernier temps seulement.

Au moment d'enlever l'os malade, libéré par des sections suffisantes,

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 45.8.86. *Le Gérant* : G. MASSON.

celui-ci, affaibli par les opérations antérieures, se brisa deux fois sous le davier de Farabeuf ; il dut être arraché par trois prises successives et au prix d'un épanchement de sang assez abondant et surtout effrayant.

Mais l'application immédiate d'éponges dans la plaie, pour faire la compression momentanée, arrêta facilement l'hémorrhagie : le thermo-cautère fit l'hémostase définitive. La plaie fut bourrée de gaze iodoformée après saupoudrage avec la poudre de sous-nitrate de bismuth et la poudre d'iodoforme. Puis le lambeau fut recousu.

Les suites furent simples, il y eut pourtant, naturellement, de la fièvre d'inoculation qui disparut le 30.

Le 3 juin le tampon de gaze iodoformée était tombé.

9 *juin.* Poussée fugace érysipélateuse sur le nez.

10 *juin.* Récidive sur l'apophyse palatine ou ce qui en subsiste du côté gauche et aussi dans la joue droite au niveau de la cicatrice.

15 *juin.* Le malade sort de l'hôpital pour se reposer, avec promesse de revenir dans quinze jours : il n'est pas revenu.

Examen histologique des tumeurs, par M. Laulanié.

1° *Examen de la tumeur originelle.* — « Il est facile de reconnaître, dit M. Laulanié, les caractères nettement tranchés du chondrome hyalin. Il n'y a ici, au premier abord, d'autre particularité que la profusion des foyers de calcification, qui n'ont d'ailleurs aucune signification. Mais en certains points, fort rares et fort peu étendus, le tissu présente des modifications de son type primitif qui lui donnent un nouveau caractère et suffisent à expliquer la malignité que la clinique a révélée ultérieurement. Ce sont des zones très étroites où l'on observe la formation d'un grand nombre d'éléments cartilagineux, qui déplacent la substance fondamentale et n'en laissent subsister que des travées très fines ou à peine visibles.

« Il y a là, dans ces foyers de prolifération, l'indice d'une malignité qui est restée larvée pendant quelque temps. »

2° *Examen des tumeurs de la deuxième et de la troisième récidives.* — « Le stroma est formé par une substance fondamentale amorphe, creusée d'un grand nombre de cavités contenant chacune une ou deux grosses cellules, qui se colorent en jaune orangé. En certaines régions l'ensemble présente donc les caractères d'un chondrome, mais la substance fondamentale se colore en rose et présente ici une réaction qui n'appartient pas à la chondrine. D'autre part il est impossible de saisir les limites des capsules cartilagineuses.

« Ailleurs, la substance fondamentale rétrograde entièrement, ne laissant subsister que les cellules accumulées, rendues polyédriques par pression réciproque, mais conservant toujours leur grand volume et leur réaction avec le picro-carminate. Il n'est pas rare de trouver dans ces foyers cellulaires de grands éléments multinucléaires qui possèdent tous les caractères des cellules géantes. Le tissu de la

tumeur est lui-même pénétré par des vaisseaux assez nombreux tapissés par un épithélium turgide. »

M. Laulanié faisait suivre cet examen histologique des commentaires suivants : « Si la tumeur primitive est un chondrome, les caractères histologiques de la tumeur récidivée ne sont pas absolument significatifs; le tissu de cette dernière ne présente pas la circonstance particulière de la substance cartilagineuse; elle n'offre pas la même résistance et la même sensation sous le rasoir; et s'il s'agit vraiment d'un chondrome, il faut y reconnaître une exubérance de vie cellulaire qui en assombrit le pronostic.

« Il y a d'ailleurs dans les foyers de prolifération de la tumeur originelle l'indice d'une malignité larvée dont l'intervention chirurgicale a amené l'explosion. De là la transformation histologique de la néoplasie qui, dans sa dernière forme, est presque entièrement composée de cellules. S'agirait-il donc ici de la transformation d'un chondrome en sarcome? Je ne le pense pas : pour être plus nombreuses, les cellules en question n'ont pas cessé d'être des cellules de cartilage, d'autant qu'elles conservent leur volume et leurs caractères habituels dans toute la tumeur primitive et dans la plus grande partie de la tumeur récidivée. Il s'agit là d'une variété de chondrome dont les éléments cellulaires ont une tendance à proliférer et impriment ainsi à la tumeur un caractère de malignité qu'elle n'aurait pas sans cela. »

Ces considérations viennent à l'appui des conclusions auxquelles, dans mon rapport sur l'observation de M. Kirmisson, m'avait conduit l'examen de faits analogues. Sur les cas, au nombre de dix-neuf, que j'avais pu réunir et où il s'agissait de chondrome proprement dit du maxillaire supérieur, laissant de côté les chondromes ostéoïdes et les chondro-sarcomes, j'avais relevé sept fois des récidives survenues après l'extirpation de la tumeur; celles-ci avaient parfois été multiples après des opérations successives : c'est ainsi que j'avais noté deux récidives dans les observations dues à Langenbeck et à Fergusson; trois dans un des faits de Heath, et jusqu'à cinq dans celui de Santesson. L'observation de M. Jeannel, où le produit pathologique s'est reproduit quatre fois après quatre opérations de plus en plus compréhensives, est un exemple remarquable de cette tendance à la repullulation. J'avais alors émis l'opinion que la raison du développement rapide et de la reproduction opiniâtre de certains chondromes pouvait être révélée par l'examen histologique. En effet, dans certains cas de chondromes à marche très rapide, comme celui qu'a opéré M. Tillaux, la tumeur se faisait remarquer par sa richesse cellulaire et la proportion d'éléments embryonnaires qu'elle renfermait.

Dans les cas suivis de récidive de Langenbeck et de Heath, il s'agissait de cartilage à grandes cellules serrées, sans presque de matière interstitielle, disposition identique à celle qu'à retrouvée M. Laulanié dans la tumeur enlevée par M. Jeannel. Ce qui nous semble particulièrement intéressant dans ce dernier cas, et ce qui semble bien indiquer que les apparences de malignité que peut présenter une tumeur semblable sont en relation avec sa richesse en éléments cellulaires et l'état de prolifération active de ces dernières, c'est la proportion plus grande des cellules cartilagineuses et la disparition presque complète de la matière interstitielle de la chondrine dans les tumeurs récidivées, particularité déjà mentionnée dans les faits de Heath et de Porter. Avec MM. Jeannel et Laulanié, je considère donc la tumeur qu'ils ont enlevée et décrite comme un chondrome vrai, comme un chondrome hyalin; mais la puissance de développement dont cette tumeur était le siège, et qui se traduisait par les proliférations cellulaires en question, avait transformé cette tumeur histologiquement bénigne en une tumeur possédant deux des attributs de la malignité : l'évolution rapide et la reproduction sur place après ablation.

L'observation de M. Jeannel confirme également ce que j'avais avancé touchant l'opération de ces tumeurs cartilagineuses : non seulement elles doivent être enlevées très largement, mais, pour mettre à l'abri des récidives, la résection totale du maxillaire supérieur vaut mieux que l'excision simple de la partie malade. Est-ce à dire que M. Jeannel ait fait des opérations incomplètes ? qu'il ait épargné dans des tentatives d'exérèse une partie de la masse pathologique ? Je ne le pense pas, mais, quoique complète, l'extirpation était malgré tout, insuffisante. On peut admettre, en effet, qu'autour du produit morbide existent des dépôts que l'examen le plus minutieux ne saurait déceler, et qui procèdent comme lui de l'époque où l'os était encore à l'état cartilagineux. La résection partielle les laisse subsister et la continuation du travail qui a amené la production de la masse primitive, jointe à l'excitation provoquée par l'opération et ses suites, détermine en ces points la formation d'une tumeur analogue à celle qu'on avait enlevée. Cette interprétation, quoique n'étant qu'une hypothèse, me paraît la seule capable de rendre compte de ce fait bizarre de la repullulation si fréquente d'une tumeur bénigne après des opérations qui assurément avaient été largement pratiquées.

En résumé, l'observation de M. Jeannel nous montre une fois de plus un exemple de chondrome vrai se comportant comme une néoplasie maligne ; et comme l'examen histologique ne nous permet pas de faire sortir cette sorte de produit de la catégorie des chondromes pour la placer dans celle des sarcomes, il nous faut

reconnaître qu'au maxillaire supérieur il existe des chondromes malins, du moins au point de vue de leur évolution et de leur histoire clinique. Le précepte le plus important qui s'en dégage est celui que nous avons déjà donné : celui d'extirper dès le début le plus largement possible les tumeurs suspectes, et de préférer même à cet égard une résection totale d'emblée à des opérations partielles qui si souvent se sont montrées insuffisantes à enrayer la marche du mal.

II. Le second fait que vous a communiqué M. Jeannel est plus rare et plus intéressant encore. Il reste néanmoins bien des obscurités encore sur sa nature, obscurités que ne dissipe pas entièrement l'examen histologique très consciencieux que M. le Dr Laulanié a fait de la tumeur, dont voici l'observation telle que vous l'a envoyée l'auteur :

Kyste dermoïde développé dans le rebord alvéolaire des incisives de la mâchoire supérieure, par M. le Dr JEANNEL.

Le 18 juillet 1885, entrait dans mon service à l'hôpital de Toulouse, salle Saint-Pierre, nº 13, le sieur Berdot (Pierre), boulanger à Foix (Ariège), âgé de 43 ans, porteur d'une tumeur du rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure et de la voûte palatine. C'est un homme de constitution médiocre, maigre, pâle, mais énergique. Il raconte ce qui suit : A l'âge de 3 ans, il eut la petite vérole ; il a souffert plusieurs fois d'otites suppurées dans son enfance. De 17 à 19 ans, il grandit beaucoup et vite, et fut alors souvent indisposé. A 23 ans, militaire en Afrique, il contracta des fièvres intermittentes et fit cinquante-deux jours d'hôpital.

De 20 à 28 ans, il eut souvent des névralgies dentaires, surtout à la mâchoire supérieure. Il dut même faire arracher successivement les deux grosses molaires supérieures du côté droit et du côté gauche; les autres dents molaires étaient d'ailleurs plus ou moins cariées. Mais ce ne fut qu'il y a cinq ans, étant âgé de 38 ans, en 1880, qu'il s'aperçut des premiers signes de l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Il s'aperçut un jour qu'il portait, au niveau de la canine droite supérieure, une petite tuméfaction, ou plutôt un épaississement du rebord alvéolaire. Il vit même en avant sur la gencive, à quelques millimètres du collet de la dent, à mi-hauteur de la longueur de la racine de cette dent, un petit bouton qu'il prit pour un abcès. En même temps, la même dent devint douloureuse et s'ébranla. Berdot appuya alors avec le pouce, et assez fortement, sur la face palatine de la gencive au niveau de la canine ; le bouton creva alors et il en sortit une matière blanche, qu'il qualifie du nom de pus, mais qu'il dit être épaisse et blanche comme du fromage, semblable enfin à celle dont il sera parlé plus loin. L'évacuation, ainsi obtenue, amena du soulagement, mais ce fut pour peu de temps. Une nouvelle accumulation de matière se fit dans la poche, qui sembla même plus étendue; le même procédé amena encore

l'évacuation et le soulagement momentané, laissant du reste la canine plus ébranlée. Pendant plus de trois ans, les choses allèrent ainsi suivant une marche croissante, c'est-à-dire que la tuméfaction augmenta sans cesse, s'étendant surtout en avant vers les incisives, que la nécessité de vider la poche se présenta de plus en plus souvent, amenant un soulagement de moins en moins prononcé, et que la dent canine s'ébranla de plus en plus. B... dit même qu'à la fin la pression sur la face palatine de la tumeur amenait l'issue de la matière blanche par la narine gauche.

En avril 1884, la douleur dentaire étant continuelle et la tuméfaction du rebord alvéolaire égalant à peu près le volume et la forme d'une petite amande placée de champ, Berdot alla consulter un médecin de Foix. Celui-ci constata que les dents incisives, et surtout la canine droite supérieure, tremblaient dans leurs alvéoles malades; il jugea ces dents hors d'usage, en conseilla l'extirpation, qui permettrait des injections dans les alvéoles, et il adressa Berdot à M. Dop, dentiste à Toulouse.

Celui-ci constata l'état des gencives et des dents. Il commença par enlever la canine, en examina la racine, et vit qu'elle était malade, érodée, creusée d'une cavité à son extrémité. B... ne peut dire si à cette racine était appendue une membrane; mais les renseignements qu'il donne sur la lésion de la racine constatée par M. Dop sont absolument précis. M. Dop dit alors à Berdot qu'il fallait arracher l'incisive voisine; il le fit. Voyant encore à l'extrémité de la racine de cette incisive une lésion semblable à celle de la canine, il conseilla et pratiqua l'extirpation de l'autre incisive (médiane du côté droit); trouvant encore celle-ci malade, il arracha la voisine (incisive médiane gauche). Cette dernière étant intacte, le dentiste s'arrêta et conseilla de pratiquer dans les alvéoles des injections de teinture d'iode pour déterger la cavité des abcès, dit-il. Ces injections furent régulièrement faites; le malade alla même à Ax prendre des douches pharyngiennes. Mais tout cela fut inutile. La tumeur continua de s'accroître en avant sous la lèvre et en arrière vers le palais, mais en restant toujours localisée à la région des incisives et de la canine. Bientôt même il survint de vives douleurs dans la dernière incisive qui subsistait du côté gauche. Cette dent fut arrachée; elle était saine sans aucune lésion radiculaire. Ce fut dans ces conditions que le malade me fut adressé.

Au premier examen, je constate à la mâchoire inférieure l'absence de deux molaires de chaque côté et la présence d'une gingivite qui déchausse les dents antérieures. A la mâchoire supérieure, dans le rebord alvéolaire, au niveau des dents incisives et canine droite absentes, une tumeur médiane du volume d'une grosse noix verte, étendue transversalement la de première molaire droite, exclusivement, à la canine gauche exclusivement, et d'avant en arrière jusqu'au tiers antérieur de la voûte palatine osseuse. La lèvre supérieure est projetée en avant. Les grosses molaires manquent, mais on trouve les deux petites molaires à droite, la canine et la première molaire à gauche. La tumeur n'occupe point le sinus maxillaire, en apparence au moins; la joue ne fait point saillie,

les fosses nasales et les narines sont absolument et également libres. Le cathétérisme en est facile. La tumeur est régulière; la muqueuse buccale, qui la recouvre en avant et en arrière, a sa couleur normale. A l'extrémité postérieure de la tumeur, sur la voûte palatine, on voit une fistule par laquelle il sort de véritables petites stalactites de matière d'un blanc laiteux. De même, au niveau des alvéoles des dents incisives et canine absentes, il existe un sillon, une véritable fente par laquelle on voit émerger de beaucoup plus beaux et plus longs faisceaux de stalactites composées de la même matière blanche semblable à du caséum.

Le toucher est douloureux; il montre que la tumeur est d'une mollesse pâteuse. La pression fait sourdre, par le sillon gingival, la susdite matière blanche, qui se brise et s'émiette. Mais, où qu'on l'exerce, la pression ne donne, en aucun endroit, la sensation d'une coque osseuse; on ne trouve nulle part la crépitation parcheminée. Le tissu osseux est donc résorbé, car le néoplasme est bien développé au sein du rebord alvéolaire, puisqu'on voit très positivement l'ouverture des alvéoles, et puisque la tumeur qui affleure le collet des dents voisines proémine à la fois sous la lèvre et sur la voûte palatine. Un stylet est même introduit par la fente qui représente l'orifice des alvéoles; il se perd dans une poche unique dont les dimensions sont égales à celles de la tumeur.

Il s'agit donc d'un kyste à contenu athéromateux, kyste d'origine dentaire sans doute. Les douleurs sont vives et constantes; la mastication les réveille; l'alimentation est par suite difficile et insuffisante.

L'extirpation est proposée et acceptée. Je ne songe pas, en effet, à traiter ce kyste comme un kyste dentaire ordinaire, c'est-à-dire par l'incision et les lavages, parce que la poche est ouverte et n'en grossit pas moins; parce qu'il n'existe plus ni parois osseuses ni dents à ménager; parce que le kyste n'est pas un kyste périostique ordinaire, et encore moins un kyste folliculaire.

L'extirpation est donc pratiquée le 5 août. La cavité buccale a été soumise aux précautions antiseptiques préopératoires d'usage (gargarismes au sublimé à 1/1000 pendant quatre jours).

Chloroformisation, après tamponnement postérieur des fosses nasales, en cas d'ouverture de celles-ci. Incision jusqu'à l'os contournant la narine droite jusqu'au milieu de la lèvre. Reconnaissance et isolement des limites supérieures de la tumeur. Ouverture de la bouche, en fendant la lèvre supérieure en son milieu et en sectionnant le repli muqueux gingivo-labial jusqu'aux limites de la tumeur à droite et à gauche. Arrachement de la canine gauche et de la première molaire droite, saines en apparence et à alvéoles bien certainement complètes de tous les côtés. Enfin, extirpation de la tumeur par deux incisions latérales faites avec de très forts ciseaux, et convergeant vers les limites supérieures, puis palatines de la tumeur; puis, arrachement et dissection de celle-ci avec les doigts et les ciseaux fermés. La tumeur est ainsi extirpée en très grande partie; il en subsiste pourtant une

portion adhérente à la voûte palatine ; je l'enlève en grattant l'os avec une rugine. Le sinus maxillaire gauche est ouvert dans la plaie par un orifice des dimensions d'une pièce de 20 centimes. Je constate alors qu'il existe au fond des alvéoles des dents canine gauche et première molaire droite que je viens d'arracher, dents dont les racines sont à moitié détruites, des stalactites sébacées identiques à celles qui hérissaient la face interne du kyste. Il y avait donc aussi des kystes au fond de ces deux alvéoles à parois complètes, c'est-à-dire sans communication avec la poche principale. Je détruis alors ces productions, et je rugine les alvéoles avec une petite curette à lunette et avec le thermocautère, que je promène du reste sur toute la surface saignante. La paroi alvéolaire intermédiaire entre la première petite molaire gauche et la canine arrachée est ainsi fortement entamée. La racine de cette dent, malade, mais unique de ce côté, est noire et érodée ; je n'y vois point de kyste.

L'hémorrhagie est facile à arrêter. Lavage phéniqué. Pansement ; poudre d'iodoforme, puis tampon de gaze iodoformée. Suture de la plaie cutanée.

Les suites furent aussi simples que possible. Le tampon tomba le huitième jour. Le quinzième jour, deux points blanchâtres, d'environ 4 ou 5 millimètres carrés de surface, apparurent sur la cicatrice près de la voûte palatine à droite.

Le 25 août, l'opéré, appelé à Foix par ses occupations, sort de l'hôpital; il porte un tampon d'ouate qui comble sa perte de substance et bouche l'ouverture du sinus maxillaire gauche. Je lui recommande de revenir me voir si les points blancs indiqués persistent ou augmentent.

Il revient le 2 octobre. Les points blancs ont augmenté : ils ont 6 ou 7 millimètres carrés. Il y en a un autre près de la racine de la première petite molaire, qui remplit le fond de l'alvéole de cette dent. Tous ses points sont hérissés de stalactites blanches. Ce sont bien des récidives locales.

Le 5 octobre, je pratique au bistouri l'extirpation des petits carrés de récidive; j'arrache la première molaire gauche ; le fond de son alvéole dilatée est tapissé d'une paroi kystique blanche; je l'enlève en grattant avec une curette et en réséquant la paroi alvéolaire avec des ciseaux ; je touche enfin les trois plaies avec le thermocautère. Tampon de gaze iodoformée. Suites très simples. Le 29 octobre, il n'y avait pas trace de récidive.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée a vaguement la forme d'un prisme triangulaire à base inférieure et le volume d'une grosse noix verte. Elle est constituée par une poche à parois fibro-muqueuses sans trace de tissu osseux dans son épaisseur, se laissant traverser partout avec une épingle, sauf en dehors des angles du sillon, que je signalerai plus loin. La poche kystique est maintenant à peu près vide, le contenu en ayant été évacué par les pressions exercées au cours de l'opération. La paroi supérieure manque en partie sur la pièce ; elle était restée adhérente à la voûte palatine osseuse refoulée

en haut et a été détachée et détruite par morceaux, après l'arrachement de la presque totalité du kyste, la face antérieure de la poche étant recouverte par la muqueuse gingivale, la face inférieure par la muqueuse palatine. Tout l'angle inféro-antérieur, formé par l'union de la muqueuse gingivale et de la muqueuse palatine, est coupé par un sillon, au niveau des alvéoles des dents incisives et canine droite, qui conduit dans la cavité du kyste; un orifice ou fistule situé à la partie la plus reculée de la face postérieure y conduit également. Cet orifice est, comme le sillon, bordé par de petites stalactites blanches très serrées les unes contre les autres. Ces stalactites couvrent du reste toute la face interne du kyste et lui donnent un aspect villeux.

Si l'on cherche à séparer, par simple décollement, la muqueuse gingivale de la paroi kystique, on y parvient assez facilement, sans rien rencontrer qui ressemble à du tissu osseux. Si l'on cherche, de la même façon, à séparer la muqueuse palatine de la paroi kystique, on y parvient également, et l'on trouve aussi en dehors des lamelles osseuses minces entre la muqueuse et le kyste. Du reste, on constate qu'au niveau du sillon il n'y a pas continuité entre la muqueuse gingivale ou palatine et la paroi du kyste.

En résumé, le kyste s'est développé au sein du rebord alvéolaire, il a refoulé et détruit les faces antérieure et postérieure de ce rebord; il a décollé la muqueuse palatine et usé en même temps à gauche le plancher nasal et la voûte palatine. On a vu en effet que lors de l'extirpation, le sinus maxillaire s'était trouvé ouvert, mais je ne puis affirmer que cette communication n'ait pas été produite par l'opération elle-même.

Examen histologique (note de M. le Dr Laulanié). — « Les parois du kyste alvéolo-dentaire dont était affecté votre malade possèdent l'organisation d'une membrane tégumentaire d'origine ectodermique. Elles comportent en effet, du côté de la gencive à laquelle elles se trouvaient adossées, un derme d'ailleurs fort altéré soit par l'extirpation elle-même, soit et surtout par une infiltration d'éléments embryonnaires témoignant d'un état d'irritation que les circonstances cliniques doivent expliquer. — La surface interne du derme est hérissée d'un nombre considérable de papilles filiformes simples, très grêles et très prolongées, qui sont également enflammées, comme en témoignent soit l'infiltration embryonnaire soit les foyers hémorrhagiques, qui y sont très abondants.

« L'épithélium appartient au type des épithéliums stratifiés et pavimenteux; il atteint d'ailleurs une épaisseur inaccoutumée, dépassant sensiblement celle de l'épithélium buccal et de l'épiderme. Malgré les violences et les déformations infligées, on y reconnaît avec la plus grande facilité la stratification classique. A la base, le corps muqueux de Malpighi, dont les cellules polyédriques se laissent colorer en rose par le picro-carminate d'ammoniaque et sont rattachées les unes aux autres par les courts prolongements protoplasmiques qu'on a pris longtemps pour des dentelures, permettant l'union des éléments par une pénétration réciproque et une sorte d'en-

grenage, mais dont M. Ranvier a bien montré la disposition réelle. — Les cellules les plus superficielles du corps muqueux sont en certains points infiltrées de granulations d'éléïdine et fortement ainsi un véritable *stratum granulosum*, irrégulier et discontinu. — La couche cornée, également très irrégulière et très mouvementée, offrant çà et là des globes épidermiques, est pénétrée par les papilles du derme, qui dépassent la mesure ordinaire, font saillie au-dessus de la surface libre de la paroi kystique, et forment avec leur gaine épithéliale cornée ces filaments si nombreux et si volumineux que vous avez pu voir à la face dentaire de votre kyste ; ces énormes papilles sont couchées sur la surface d'où elles émanent et dirigées vers le rebord alvéolaire. Les faits qui précèdent ne laissent aucun doute sur la nature sinon sur l'origine précise de la néoformation qui vous intéresse. Elle procède assurément du développement indiscret et anormal d'un reliquat embryonnaire, mais je ne me sens pas autorisé à faire un choix des deux hypothèses qui s'offrent naturellement à l'esprit. — Pour être complet, je dois dire que les produits de récidive que vous m'avez soumis possèdent la même organisation que les parois du kyste primitif dont je viens de vous parler. Quant au contenu, c'est un magma de cellules épithéliales plus ou moins graisseuses et de globules de pus. »

M. Laulanié ne se sent pas autorisé à faire un choix entre les deux hypothèses qui se présentent tout naturellement à son esprit : il ne nous dit même pas quelles sont ces deux hypothèses. Plus explicite, M. Jeannel range sans hésitation le produit pathologique en question dans la classe des kystes dermoïdes, et il examine et discute avec soin les deux origines différentes d'où ce kyste aurait pu tirer son évolution ; s'agit-il d'un kyste dû à une inclusion épithéliale, consécutive elle-même à un arrêt de développement localisé, à un défaut dans la soudure soit des bourgeons maxillaires supérieurs, soit des deux bourgeons incisifs entre eux ? Ne s'agit-il pas au contraire d'une de ces productions à la fois épithéliales et kystiques qui peuvent se développer dans ces débris épithéliaux paradentaires dont M. Malassez a découvert l'existence à l'état normal chez l'homme dans le ligament (périoste) alvéolo-dentaire ?

Vous connaissez la conception pathogénique de M. Verneuil, que M. Reclus a développée en 1876 au Congrès de Clermont pour l'avancement des sciences (Sur l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur, *Progrès médical*, 1876, p. 795 et 836) : Se fondant sur la description de Legros et Magitot montrant les innombrables bourgeonnements épithéliaux qui partent de l'épithélium gingival au moment de la première formation des dents, M. Verneuil a admis qu'un certain nombre de ces bourgeons, outre ceux qui concourent à former l'épithélium adamantin, peuvent s'isoler, per-

sister même chez l'adulte, et donner lieu dans de certaines conditions à la production de kystes par un processus analogue à celui dont dérivent les kystes développés aux dépens du corps de Wolf.

C'est la preuve anatomique de la justesse de cette idée, que M. Malassez vient de donner en publiant ses magnifiques recherches *sur l'existence d'amas épithéliaux autour de la racine des dents chez l'homme et à l'état normal.* (*Archives de physiologie*, 1885, n° 2, p. 129) et *sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires* (*ibid.* n° 4, p. 309, et n° 8, p. 379). — Cet auteur non seulement assigne ces débris comme origine aux kystes radiculo-dentaires (alvéolo-dentaires, de Forget; kystes périostiques, de Magitot), mais généralisant le résultat de sa découverte, il avance et il démontre qu'un grand nombre de tumeurs les plus diverses des mâchoires, épulis, kystes dentifères, odontoplastiques, uni- et multiloculaires, épithéliomas adamantin, malpighien ou carcinomateux, pourraient bien ne pas avoir d'autre point de départ.

Or, M. Jeannel incline vers la seconde des hypothèses qu'il a émises, vers celle qui ferait d'un développement anormal des débris épithéliaux, paradentaires, l'origine du kyste qu'il a observé et décrit; et il donne de sa préférence les raisons suivantes, que nous reproduisons textuellement; assimilant ce kyste aux kystes radiculo-dentaires, il dit :

1° Le malade avait passé l'âge des kystes dermoïdes branchiaux, il était au contraire à l'âge où les kystes périostiques sont fréquents (38 ans);

2° L'apparition du kyste a été précédée d'une période de 18 ans pendant laquelle le malade a souffert très souvent des dents, phénomène préliminaire habituel du développement des kystes dits périostiques ;

3° Le premier signe de la néoformation a été une lésion dentaire, savoir un bouton gingival situé en avant sur la racine de la canine, une tuméfaction légère en arrière de cette dent, son ébranlement. La lésion dentaire a donc été primitive ou précoce;

4° Le sacrifice des dents ébranlées ayant été jugé nécessaire, sur la racine de trois d'entre elles, et en particulier sur celle de la canine, on trouva les lésions habituelles que l'on observe dans les cas de kyste périostique ;

5° Le kyste a été ouvert par la bouche par le seul point de l'extirpation des dents malades ;

6° Il a été constaté, au cours de l'opération exécutée pour l'extirpation du kyste, qu'il existait une nouvelle formation kystique analogue à la première au fond des alvéoles de la première molaire droite et de la canine gauche, alvéoles qui étaient primitivement

intactes. Lors de l'opération complémentaire du 5 octobre, les racines de ces trois dents étaient malades.

En un mot, ajoute l'auteur, la marche clinique de la maladie a été chez Berdot la marche d'un kyste, ou plutôt de kystes périostiques multiples; or, il s'agissait bien d'un kyste, mais il était dermoïde.

C'est ce dernier mot que nous voulons retenir pour montrer l'obscurité qui règne encore sur l'interprétation d'un point assurément bien observé et d'ailleurs des plus intéressants. Comment admettre le développement d'un kyste dermoïde, kyste complexe, avec parois cutanées véritables, aux dépens d'une préformation purement épithéliale ? Il me semble qu'il faut choisir et admettre ou que l'apparence du kyste était trompeuse et qu'il ne s'agissait point en réalité d'un kyste dermoïde mais d'un produit épithélial, ou que ce kyste, s'il était véritablement dermoïde, procédait d'une inclusion semblable à celle dont procèdent les autres kystes dermoïdes. L'apparence pouvait être trompeuse : un kyste épithélial peut renfermer des masses d'épithélium athéromateux : les végétations irritatives de sa paroi peuvent simuler des papilles analogues à celles qui hérissaient la surface interne de la cavité en question : l'épithélium en type adamantin lui-même, vu simplement à la loupe, peut en imposer pour les stratifications d'un épithélium corné : mais que dire alors du *stratum granulosum* à la vérité irrégulier et discontinu qui résulte de l'infiltration des cellules les plus superficielles du corps muqueux par des granulations d'éléidine ? Ce caractère ne suffit-il pas à faire assimiler la paroi du kyste en question à un véritable revêtement tégumentaire, et peut-on faire autrement que de le désigner en ce cas comme un véritable kyste dermoïde?

Et d'autre part toute l'histoire clinique de ce kyste est en désaccord, ainsi que l'a fait observer M. Jeannel, avec l'hypothèse d'un kyste dermoïde ; développement tardif, dans l'âge adulte, origines multiples de la tumeur constituant une agglomération de kystes plutôt qu'un kyste unique, accroissement rapide des reliquats de la première opération, tout rappelle dans ce cas la marche des néoplasies épithéliales.

En présence de ces difficultés, il nous paraît impossible de conclure, et nous ne pouvons qu'appeler la lumière que des faits ultérieurs viendront jeter sur la nature d'une tumeur jusqu'à présent à peu près unique en son genre. Tel est néanmoins l'intérêt des questions que soulève son étude, que j'ai pensé utile de consigner dans nos bulletins la relation complète de cette remarquable observation, dont M. Jeannel ne manquera pas, s'il y a lieu, de nous communiquer la suite.

Discussion.

M. Terrier. En ce qui concerne la première des observations de M. Jeannel, il s'agit d'une enchondrome du maxillaire pour lequel des opérations incomplètes ont été successivement pratiquées. Cette observation prouve seulement que, dans les cas semblables, il faut enlever tout le mal, et le plus largement possible. Mais c'est là une démonstration qui n'a plus besoin d'être faite.

Quant à la seconde observation, il m'est impossible d'admettre qu'il s'agisse d'un kyste dermoïde. L'affection a présenté une marche et des apparences trop extraordinaires pour que ce diagnostic puisse être maintenu. Ne s'agirait-il pas plutôt d'un cas d'*actinomycose?* M. Julliard, de Genève, en a récemment observé un exemple qu'il a bien décrit. Il peut aussi se faire qu'il s'agisse simplement d'un épithélioma. En tout cas, l'observation est très incomplète, anatomiquement et cliniquement.

M. Tillaux. Il me paraît aussi bien difficile d'admettre le diagnostic de kyste dermoïde. Il s'agit en effet d'un homme de 43 ans, et je vois, par les détails de l'observation, qu'il y a eu des douleurs dans le rebord alvéolaire, que des dents ont dû être arrachées, puis qu'une tumeur a fait saillie et s'est enfin ouverte à l'extérieur. L'aspect des végétations était celui des végétations de l'épithélioma avec foyers multiples dont la récidive s'est faite sur place. Je pense donc qu'il s'agit d'un épithélioma central de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur. J'ai observé un cas analogue.

M. Kirmisson. Je partage les doutes de MM. Terrier et Tillaux, au sujet du diagnostic. Toutefois, en l'absence de la constatation du champignon spécial, le diagnostic « actinomycose » me paraît également problématique. Chez le malade de M. Julliard, que j'ai eu l'occasion d'observer dans un voyage à Genève, il y avait, en effet, une série de points blancs, qui ont dû être successivement détruits par le fer rouge. Mais cette apparence ne suffit pas pour caractériser l'actinomycose. Dans tous les cas, je crois qu'il faut rejeter le diagnostic de kyste dermoïde.

M. Berger. Il n'est pas exact de dire que M. Jeannel ait fait des opérations incomplètes sur son premier malade. Chaque fois, en effet, il a enlevé tout le mal. Mais l'expérience prouve, aujourd'hui, que dans le cas de chondrome, il faut recourir d'emblée à l'ablation de tout le maxillaire.

Relativement à la dernière observation, je ne puis admettre qu'il s'agisse d'un cas d'actinomycose ; il y avait, en effet, un kyste, et dans l'actinomycose, s'il peut y avoir des cavités ramollies simu-

lant un kyste, la membrane qui les limite n'est pas revêtue d'une couche continue d'épithélium.

Si je n'ai pas conclu à l'existence d'un épithélioma que certaines apparences semblaient justifier, c'est que M. Malassez m'a dit que du moment où l'on avait constaté l'existence d'un *stratum granulosum*, il fallait admettre le diagnostic de kyste dermoïde.

C'est, du reste, une observation sur laquelle il y aura des renseignements complémentaires à demander.

Rapport.

Réduction de deux luxations du coude datant, l'une de 143, *l'autre de* 158 *jours*, par MM. les D[rs] NÉLATON et PEYROT.

Rapport par M. FARABEUF.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous rendre compte du travail lu à votre tribune par M. Ch. Nélaton et portant le titre suivant : *Réduction d'une luxation du coude datant de* 158 *jours.* Saisissant l'occasion, je vais prendre la liberté de vous faire connaître, en même temps, une note que m'a remise M. Peyrot sur un cas analogue, et intitulée : *Réduction d'une luxation du coude datant de* 143 *jours.*

J'ai pris une certaine part à ces deux réductions, puisque j'ai conçu le plan que ces chirurgiens ont mis à exécution avec habileté et succès. Ce plan est décrit dans le travail de M. Nélaton, qui vous a été lu et dont je vais vous demander l'impression. Je n'ai donc pas à vous en parler longuement.

Je rappellerai qu'il est des luxations anciennes dont la réduction ne doit pas être tentée.

Ce sont, d'une part, les luxations tolérables ; d'autre part, celles qui ont déterminé, dans les surfaces osseuses ou les parties molles périphériques, des altérations telles qu'il y ait peu d'espoir d'opérer une réduction persistante, en même temps que danger notable de la tenter.

Mais il est aussi, à mon avis, en grand nombre des luxations très anciennes réductibles. Celles-ci ne diffèrent des luxations récentes que par l'existence des adhérences fibreuses, des ligaments de nouvelle formation qui enchaînent l'os luxé dans sa position vicieuse. Quelque laxité que paraissent avoir ces adhérences, une faible traction leur fait atteindre assez vite la limite de leur extensibilité; alors, elles se montrent trop courtes pour permettre la

réduction par les procédés de douceur. Il faut donc les rompre ou les couper. Au préalable, il est indispensable d'en déterminer le siège par une exploration attentive éclairée par l'anatomie normale et pathologique, ainsi que par le fonctionnement actif et passif de l'articulation disjointe. Cette détermination n'est pas toujours facile quelquefois même elle reste impossible malgré l'emploi du chloroforme. Le chirurgien est alors réduit à des préjugés plus ou moins fondés, suivant qu'il connaît plus ou moins bien l'histoire anatomique de la variété de luxation qu'il a sous les yeux.

Je ne veux pas essayer de traiter incidemment de l'application de la méthode sanglante à la cure des luxations. Le Congrès des chirurgiens français a mis cette question à son prochain ordre du jour: c'est une tâche difficile et délicate.

Ah! s'il n'y avait jamais qu'un seul groupe de trousseaux fibreux à diviser; si l'on savait toujours où il est et s'il n'était jamais dans une région périlleuse, ce serait le triomphe du ténotome!

En réalité, à part les préjugés que l'on peut, que l'on doit avoir sur le siège et la force des adhérences, le diagnostic ne se fait ou ne se confirme que pendant l'action des mains. En effet, celles-ci violentent les obstacles à mesure qu'ils se révèlent par leur résistance à tel ou tel mouvement jugé indispensable à obtenir avant de tenter le remboîtement des surfaces articulaires. Je souhaite que l'on délaisse de plus en plus les tractions continues considérables. Aveuglément appliquées, elles dépensent leur force à distendre ce qu'il ne faut pas.

D'ailleurs, tel faisceau fibreux, qui supportera une dangereuse traction continue de deux cents kilogrammes, se rompra sous une main débile imposant à l'os luxé, manœuvré comme un levier, des mouvements de bascule ou de torsion, très puissants mais très limités dans leur étendue.

Il me semble donc qu'il est beaucoup plus facile et incomparablement moins dangereux de rompre les adhérences des vieilles luxations tout seul, avec les mains, qu'avec les tractions continues considérables. C'est toujours la méthode de force, puisqu'il y a *rupture* d'adhérences, et que la rupture doit être regardée comme caractéristique de cette méthode. Mais c'est la force dirigée vers le but préalablement recherché et administrée avec mesure et par fractions successives.

Consulté par M. Nélaton pour une luxation du coude en arrière datant de plus de cinq mois et qui avait subi plusieurs tentatives méthodiques, mon premier mouvement fut de me récuser; c'était le mauvais. Le lendemain, après avoir bien cherché quels pouvaient être les obstacles..... où ils étaient..... comment on pourrait les vaincre, je me décidai à conseiller de tenter la réduction.

Où pouvaient être les obstacles?

C'était la première question à poser et à résoudre. La réponse fut :

1° En arrière du fait du muscle triceps;

2° Sur les côtés du fait de ligaments latéraux plus ou moins reconstitués.

Comment vaincre ces résistances?

Pour celles de la ligne médiane postérieure, il n'y avait qu'à fléchir l'avant-bras. La force d'un homme y suffirait, car le cubitus et le radius trouveraient un point d'appui sur l'extrémité humérale.

Pour celles des côtés, il fallait des flexions latérales; mais là nul point d'appui naturel; nous devions tourner la difficulté.

Figurons-nous, messieurs, un avant-bras normal et intact étendu sur le bras. Provoquons la flexion latérale externe avec violence : le ligament interne huméro-cubital est distendu, déchiré, parce que la tête radiale trouve appui sur le condyle. Si cette tête était luxée, elle remonterait et laisserait se produire la flexion latérale externe sans déterminer nécessairement l'arrachement dudit ligament interne huméro-cubital.

Pareillement, la flexion latérale interne produit l'arrachement du ligament externe (physiologiquement huméro-radial), si le cubitus n'est pas luxé. Autrement, l'extrémité olécranienne remonterait et la distention du ligament externe n'aurait plus lieu.

Avec la luxation, l'on se trouve donc dans de mauvaises conditions pour distendre les adhérences latérales par les flexions latérales, à moins d'oser porter celles-ci extrêmement loin.

Ah! me disais-je, après tant d'autres sans doute, si j'avais les pouces assez solides pour caler la tête radiale et l'olécrâne et les empêcher de remonter, les flexions latérales deviendraient efficaces! Si je pouvais seulement exercer sur chacune de ces éminences une pression digitale de cinquante kilogrammes!

Une telle pression, un tel calage, étant impossibles, je pensai que le résultat serait absolument identique si j'instituais sur les os de l'avant-bras une traction continue de cinquante kilogrammes, plus s'il le fallait. Tirer par en bas ou refouler par en haut sur un os, l'effet est le même. C'était une force extrêmement modérée et n'exigeant pas de contre-extension bien difficile.

L'opération devait être aussi simple que peu dangereuse. D'abord, l'avant-bras serait fléchi fortement et subirait des mouvements de pronation et de supination. Il serait ensuite étendu, livré aux moufles et tiré, placé de champ, le radius en dessus, le cubitus en dessous. Il suffirait donc d'appuyer sur la région du coude pour distendre les adhérences huméro-cubitales, et de soulever la

même région pour distendre les adhérences huméro-radiales.

Agissant dans cet ordre, c'est-à-dire pressant instantanément sur la région du coude, côté radial tourné en haut, l'opérateur produirait la flexion latérale externe : ou bien les adhérences internes huméro-cubitales céderaient, ou bien la tête radiale remonterait malgré la traction rendue momentanément supérieure à 50 kilogrammes, par la brusque et courte pression de l'opérateur. Cette dernière alternative me paraissait improbable.

De même le soulèvement saccadé de la région du coude aurait pour résultat la flexion latérale interne, c'est-à-dire : ou bien la déchirure des adhérences huméro-radiales, ou bien l'ascension de l'olécrâne si, chose inattendue, les adhérences résistaient.

En ayant soin de maintenir la traction, en prenant le soin de la rétablir au degré suffisant après chaque baisse occasionnée par les ruptures successives, les deux os devraient donc descendre pas à pas à mesure que les mouvements de latéralité imprimés au coude rompraient ou distendraient les obstacles ligamenteux.

Enfin, aussitôt qu'il serait possible, la tête radiale serait poussée sous le condyle. Naturellement, cette manœuvre serait tentée pendant la flexion latérale interne. Si elle réussissait, la contention de la tête radiale réduite serait confiée aux deux mains d'un aide vigoureux afin que le radius boutant sur l'humérus fournît un appui solide à l'opérateur, qui, par une dernière flexion latérale externe, triompherait définitivement des liens huméro-cubitaux et ramènerait l'apophyse coronoïde dans la gorge de la trochlée.

Les choses allèrent beaucoup mieux que je ne m'y attendais. Beaucoup de précautions parurent superflues.

En résumé, M. Ch. Nélaton et M. Peyrot ont réduit facilement deux luxations du coude très anciennes, par des manœuvres que je qualifierai rationnelles si vous n'y faites pas opposition.

Conclusions :

1° Insérer le travail de M. Nélaton et la note de notre collègue M. Peyrot dans les *Bulletins;*

2° Tenir compte à M. Nélaton de sa communication le jour où il demandera une place parmi nous.

Les conclusions du rapport de M. Farabeuf sont mises aux voix et adoptées.

Observation. — Catherine Freney, âgée de 44 ans, femme d'une bonne constitution et n'ayant dans ses antécédents aucune maladie importante à noter, entre le 16 août à l'hôpital Cochin, salle Cochin, n° 23.

Le 26 mars 1884, cette femme, qui était debout sur une échelle, est

tombée de la hauteur de 3 mètres environ. Elle ne sait quelle est la partie de son corps qui a supporté la plus grande violence du choc. Mais aussitôt après l'accident elle éprouva de la douleur au niveau du coude, du gonflement se produisit et la malade ne pouvant se servir de son bras, s'adressa à un rebouteur du village de Vieille-Cour où elle habite. Ce rebouteur, dans les manœuvres qu'il crut devoir faire, n'aboutit à aucun autre résultat qu'à celui d'augmenter les souffrances de la malade.

Trois semaines après l'accident, le coude restant très gonflé et très douloureux, notre femme se rendit à Autun. Le chirurgien d'Autun constata alors une luxation du coude et déclara à la patiente qu'elle serait endormie et qu'il essayerait la réduction du déplacement.

La malade étant donc anesthésiée, il essaya deux fois, dans la même journée, de remettre les surfaces articulaires dans leur position normale, mais il échoua dans les deux tentatives.

Quinze jours se passèrent après le deuxième échec, pendant lesquels la malade garda le repos, puis elle vint consulter à Beaune un chirurgien qui, après examen complet et après s'être fait renseigner sur tout ce qui avait été tenté, déclara qu'il n'y avait rien à faire.

Depuis la chute, ou pour mieux dire depuis les malaxations exercées immédiatement après l'accident par le rebouteur de la localité, l'avant-bras de notre malade était dans l'extension sur le bras et les manœuvres dirigées par le chirurgien d'Autun n'avaient point corrigé cette attitude.

C'est dans ces conditions qu'un médecin de passage à la Vieille-Cour où notre malade, revenant de Beaune, venait d'arriver, essaya à son tour, sans anesthésie, de mettre les surfaces articulaires en place.

A ce moment près de deux mois s'étaient écoulés depuis l'accident. Ce médecin, par des tractions et des mouvements violents imprimés à la jointure, arriva à modifier l'attitude du membre et mit l'avant-bras à angle droit sur le bras. Mais cette position ne fut point conservée et trois semaines s'étaient à peine écoulées que l'avant-bras était de nouveau retombé dans l'extension incomplète.

Les choses étant restées en cet état et la malade étant dans l'impossibilité de se servir de son membre supérieur gauche en raison de son attitude vicieuse, elle se décida à venir à Paris et entra à l'hôpital Cochin le 16 août.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade présente les signes évidents d'une luxation du coude en arrière. Ascension de l'olécrâne en arrière, dépression correspondant à la cupule radiale, facilement appréciable, immédiatement en arrière de l'épicondyle et masquant cette tubérosité. Saillie en avant et en dedans de la trochlée humérale.

L'avant-bras est étendu sur le bras à angle de 160° environ; la face antérieure de l'avant-bras regarde en avant et un peu en dedans, la main est en supination, les mouvements de rotation sont presque nuls.

En présence de cette luxation du coude ancienne ayant résisté à plusieurs tentatives, dont quelques-unes fort sérieuses et vraisemblablement bien dirigées, je recherchai s'il existait des observations com-

parables, suivies de réductions. Il ne me fut point difficile de trouver un certain nombre de cas de luxations du coude en arrière datant de cinq, six, sept mois et même davantage que le chirurgien était arrivé à réduire. Mais dans aucune de ces observations je ne trouvai de précepte établi pouvant me guider dans l'entreprise que je me proposais. Ce qui ressortit de mes lectures, c'est que dans nombre de cas, les manœuvres faites pour rétablir les surfaces osseuses dans leur situation normale étaient suivies de la fracture de l'olécrane et que cette fracture, loin d'être une chose fâcheuse, permettait au contraire la flexion de l'avant-bras sur le bras et le rétablissement des mouvements. Je fus dès lors tenté de me borner à rendre à la malade un membre utilisable en établissant la flexion d'abord, dussé-je rompre l'olécrâne et en cherchant l'ankylose dans cette attitude.

Je ne le voulus point faire sans en parler à mon maître et ami, M. Farabeuf, dont j'ai entendu tant de leçons pratiques sur les articulations.

Je m'avisai donc de lui donner la tentation d'entreprendre cette réduction difficile.

Il vint voir la malade et s'étant assuré que je regarderais une rupture de l'olécrâne si elle se produisait dans les tentatives qui comportaient quelque violence comme un fait sans gravité, heureux même, il consentit à établir un plan d'intervention. Ce plan le voici :

1° Allonger ou rompre les adhérences articulaires et périarticulaires postérieures ;

2° Détruire les adhérences latérales ;

3° Par une traction rationnellement dirigée et peu considérable ramener les surfaces osseuses *dès à présent mobiles les unes sur les autres* dans leurs rapports normaux ;

4° Immobiliser les surfaces osseuses dans un appareil inamovible pendant un temps suffisant pour permettre à la cicatrisation des parties molles de se faire et d'assurer le maintien de la flexion obtenue ;

5° Combattre la raideur consécutive par des mouvements communiqués et rendre à la jointure la plus grande partie de sa souplesse.

A. La première indication : « allonger ou rompre les adhérences postérieures », expose, il faut le reconnaître, à la rupture de l'olécrâne, car on doit fléchir de force l'avant-bras à angle droit sur le bras. — Pour obtenir ce premier résultat, le chirurgien n'aurait donc recours à aucun appareil et ne se servirait que de ses mains, procédant par petits coups et graduant pour ainsi dire la force en raison de la résistance perçue.

B. Pour détruire les adhérences latérales, il faut imposer à la luxation des mouvements de latéralité.

Or, il est constant que, en jetant en dehors un avant-bras luxé pour détruire les adhérences internes ou cubitales, il faut que le radius ne puisse remonter derrière l'humérus. De même pour détruire les adhérences huméro-radiales, en jetant l'avant-bras en dedans, il faut que l'ascension de l'olécrâne soit empêchée. Dans ces mouvements de latéralité, les os de l'avant-bras devaient être sollicités à descendre pas à pas et alternativement comme les deux tirants de l'écraseur Chassaignac.

Évidemment il ne fallait pas compter sur les doigts d'un aide pour caler l'olécrâne quand on voudrait jeter l'avant-bras en dedans et faire descendre le radius, encore moins pour caler la cupule radiale, quand on fait le mouvement contraire pour faire descendre le cubitus.

Mais, au lieu de chercher à fixer alternativement ces deux extrémités osseuses avec le doigt impuissant à fournir un sabot d'arrêt, il était possible de remplacer cette pression insuffisante par une traction bien plus puissante et efficace, exercée sur le poignet.

Supposant donc la contre-extension bien établie sur l'omoplate, si nous réalisions avec des moufles une traction continue sur le poignet, nous donnerions au membre *une rigidité de tension* et les adhérences latérales allongées et tendues se partageraient cette traction.

Le cubitus étant en dessous et le radius en dessus, la traction restant constante, si la main de l'opérateur insinuée sous le coude venait à soulever celui-ci, les adhérences externes auraient tout à coup à supporter la plus grande partie de la traction qui augmenterait nécessairement en raison de la force déployée par l'opérateur. De sorte que, de toutes les forces ainsi mises en jeu, une partie, la petite, maintiendrait le cubitus, l'autre, la grande, ferait descendre le radius en faisant craquer ses liens, à petits coups si les soulèvements du coude opérés par le chirurgien étaient forts et brusques, mais parfaitement limités, et si la traction, que chaque petite rupture ferait baisser, était rétablie à mesure, de manière à conserver une valeur de 50 kilogrammes, chiffre des plus rassurants.

Au lieu de petits soulèvements, l'opérateur n'aurait qu'à imposer au coude de petites pressions fortes, brusques et limitées pour, la traction restant constante, rompre pareillement les adhérences internes.

C. Après ce travail d'assouplissement il deviendrait possible par une traction peu considérable de ramener les surfaces osseuses dès lors mobiles les unes sur les autres dans leurs rapports normaux.

Il suffirait pour cela d'opérer comme dans une luxation récente, c'est-à-dire en tirant comme on doit le faire sur l'avant-bras fléchi à angle droit. Rien ne serait plus simple que de réaliser cette dernière condition. Une longue et large planche couchée à côté du malade, engagée même sous son corps, fournirait par ses deux bouts les appuis de l'extension et de la contre-extension; l'humérus, c'est-à-dire le bras, écarté du corps et garni de coussins serait disposé en travers de la planche et comme scellé d'un bout à l'autre entre deux rangées de chevilles.

L'avant-bras allongé sur la planche et par conséquent à angle droit sur l'humérus serait saisi par le lacs extenseur muni de moufles et d'un dynamomètre.

L'humérus étant maintenu par la double haie transversale de chevilles rien ne pourrait détruire la flexion à angle droit.

Le coude resterait libre pour la coaptation, pour supporter au besoin de nouveaux mouvements de latéralité et grâce au tourillon du lacs extenseur, l'avant-bras pourrait être porté alternativement dans la pronation ou dans la supination.

Ce plan fut mis à exécution le 1er septembre et sa réussite fut parfaite. L'avant-bras fut fléchi sur le bras et les adhérences postérieures détruites.

Les adhérences latérales cédèrent aux manœuvres que nous avons décrites, l'appareil de tractions développant, une force de 50 kilogrammes, qui s'éleva à deux ou trois instants à 80 kilogrammes, pendant les mouvements communiqués.

La même traction appliquée cette fois sur l'avant-bras fléchi suffit avec la coaptation digitale à nous donner en quelques minutes la réduction.

D. Le membre fut aussitôt placé dans une gouttière plâtrée.

Le lendemain de la réduction, la malade se sent très bien, sa température est de 37.6, la région du coude n'est le siège que de légers élancements et d'un gonflement peu considérable. Je laisse l'appareil en place.

Le surlendemain, le gonflement est plus prononcé; une phlyctène s'est formée à la région antéro-supérieure de l'avant-bras et une autre à la région postérieure du bras, au-dessus de l'olécrâne.

La gouttière plâtrée est enlevée momentanément de façon à permettre de crever les phlyctènes et de les recouvrir de quelques doubles de tarlatane imbibée d'acide borique ; pendant ce temps l'avant-bras est solidement maintenu en position, puis, aussitôt le pansement fait, la coque plâtrée est remise et fixée à l'aide d'un bandage ouaté.

Les choses restent en cet état, le pansement étant refait tous les cinq ou six jours, jusqu'au 23, époque à laquelle je retire l'appareil plâtré.

A ce moment le gonflement de la région du coude persiste encore, mais à un très faible degré.

Il est facile de reconnaître par la palpation que les saillies osseuses sont absolument dans leurs rapports normaux.

L'avant-bras est à angle droit sur le bras et exécute quelques légers mouvements communiqués de flexion et d'extension. La solidité de l'articulation dans le sens latéral est parfaite.

Le 23 septembre, la gouttière plâtrée est retirée et l'avant-bras simplement maintenu par une écharpe. Mais il n'est pas encore permis à la malade de se servir de son membre.

A partir du 26 septembre, j'imprime moi-même au coude des mouvements de flexion et d'extension, et je recommande à la malade de se servir de son bras. Mais elle ne le fait guère, tous les mouvements qu'elle exécute se passant dans l'articulation de l'épaule.

4 *octobre*. L'avant-bras se prête aux mouvements de rotation qu'on lui communique et les exécute spontanément dans une faible étendue.

La flexion imposée dépasse l'angle droit, l'avant-bras faisant avec le bras un angle de 80° environ. L'extension va jusqu'au point où l'avant-bras fait avec le bras un angle de 135°. Elle est active, mais la flexion active est d'une faiblesse considérable; le biceps se contracte à peine et l'on ne sent pas le moindre durcissement volontaire du brachial antérieur.

Du 4 au 18 octobre, la malade est électrisée tous les jours et soumise à des douches de vapeur.

Il semble que la contractilité du biceps gagne quelque chose, mais celle du brachial antérieur reste inappréciable; la malade ne peut encore fléchir l'avant-bras en tenant une chose légère à la main.

Pendant cette période, la tendance à la demi-extension a été combattue chaque jour par de la gymnastique, par des mouvements communiqués et par des tractions élastiques.

Mais la malade se prête avec peu d'intelligence à toutes ces manœuvres et retourne dans son pays, le 18 octobre, avertie que, si elle veut recouvrer le parfait usage de son membre, elle devra lui imprimer des mouvements de flexion fréquents et étendus pendant une durée de six mois au moins.

Conclusions. — Nous croyons, à la suite de cette observation, pouvoir faire les réflexions suivantes :

1° Toutes les fois que dans une ancienne luxation du coude en arrière les surfaces osseuses ne seront pas déformées, on pourra tenter la réduction ;

2° Avant d'exercer les tractions destinées à remettre les surfaces dans leurs rapports normaux, il faudra, par une manœuvre spéciale (celle que nous avons suivie nous paraît rationnelle), détruire les adhérences fibreuses *qui seules s'opposent véritablement à la réduction*.

Réduction d'une luxation du coude datant de 143 jours.
Observation de M. Peyrot.

Mme X..., de Nogent-sur-Marne, 37 ans, se fait, le 15 septembre 1885, une luxation du coude qui reste méconnue.

Le 5 février 1886, près de cinq mois après l'accident, j'examine la malade et reconnais facilement la luxation. Elle était complète en arrière. L'avant-bras était dans l'extension à peu près complète, privé de tout mouvement, passablement tuméfié encore.

Le 6 février, je pratique la réduction en suivant un plan concerté avec M. Farabeuf :

Chloroformisation ;

Flexion de l'avant-bras sur le bras ; elle se fait facilement et très complètement, sans fracture de l'olécrâne ;

Extension par les moufles avec une traction mesurée au dynamomètre, qui ne dépasse jamais 50 à 60 kilos ;

Mobilisation sous cette traction, des parties osseuses, et rupture de ce qui peut rester des liens latéraux, au moyen de pressions brusques exercées alternativement en dehors et en dedans du coude. On agit là comme si on voulait plier le coude transversalement.

Au bout de 5 à 6 minutes d'action et de traction, les extrémités articulaires me paraissent ramenées en face les unes des autres ; l'extension

est abandonnée et j'essaye de pratiquer seul la réduction par simple flexion combinée à la traction. Deux tentatives sont inutiles et je m'aperçois qu'à chaque fois la tête radiale reste en arrière ; c'est elle qui fait manquer la réduction.

Je fais alors faire par un aide la manœuvre que je venais d'essayer inutilement, et en même temps, avec les deux pouces placés sur la tête radiale, tandis que la paume des mains embrasse la face antérieure du coude, je repousse cette tête sous le condyle huméral. Aussitôt la réduction est opérée complètement.

Le bras, le coude et l'avant-bras sont placés dans une gouttière plâtrée, l'avant-bras fléchi à angle droit.

Les suites sont des plus simples. L'appareil plâtré est laissé un mois en place. Depuis le moment où on l'a retiré — il y a actuellement deux mois et demi environ — on a tout fait pour obtenir la mobilisation de l'articulation; bains et douches sulfureux, massages, électricité, mouvements communiqués, tout a été essayé. Le résultat laisse absolument à désirer. Peu à peu l'avant-bras s'est mis dans la demi-extension. Il forme avec le bras un angle ouvert en avant de 130° environ. Les mouvements volontaires sont nuls dans la flexion et l'extension; les mouvements communiqués sont insignifiants et la malade supporte difficilement toutes les tentatives faites dans ce sens.

La pronation et la supination s'exercent assez bien. J'obtiens leur amplitude aux deux tiers de l'amplitude normale.

Tout gonflement autour du coude est actuellement disparu. Les muscles du bras et de l'avant-bras, très atrophiés d'abord, sont assez bien régénérés.

Communication.

Kyste hydatique du poumon ; ouverture ancienne dans les bronches. — Suppuration abondante et fétide. — Pneumotomie.

Par M. Bouilly.

La première partie de l'observation de ce malade, peut se résumer d'une manière très simple :

Il s'agit d'un homme actuellement âgé de 46 ans, n'ayant jamais eu d'autre affection que celle dont il est encore atteint. Il y a 10 ans, en 1876, il présenta tous les signes d'un abondant épanchement dans la plèvre du côté droit avec tous les accidents liés à la présence d'une grande quantité de liquide dans la poitrine; la thoracentèse était décidée pour le lendemain, lorsque dans la nuit qui précéda l'opération, dans une violente quinte de toux et avec des menaces d'asphyxie, le malade rendit par l'expectoration une quantité de liquide et de vésicules qui fut évaluée à deux litres.

Le malade était alors à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Hérard, où il séjourna pendant longtemps ; on peut dire que la guérison ne fut jamais obtenue. A l'évacuation du liquide du kyste hydatique succéda une expectoration purulente horriblement fétide qui n'a jamais cessé.

Le malade est tourmenté par une toux presque continuelle accompagnée de l'expectoration de crachats purulents et de rejet de pus, comme dans la vomique pulmonaire. Cette expectoration et l'haleine du malade ont une fétidité excessive, tellement désagréable qu'au moment des quintes de toux, toute une partie de la salle est véritablement infectée.

Cet homme, condamné par cette véritable infirmité à ne pouvoir trouver du travail, resta longtemps comme infirmier dans la salle de l'Hôtel-Dieu. En outre, de temps en temps, la sécrétion purulente et la toux se développaient dans des proportions tellement fatigantes, qu'il était obligé de cesser pendant quelques jours tout travail. Enfin, des habitudes d'alcoolisme soit antérieures à son affection pulmonaire, soit prises depuis cette époque, aggravent peut-être encore la situation.

Cet homme entra le 15 juin dernier à l'hôpital Cochin, aux Baraques, dans le service de mon excellent ami le docteur A. Gombault, chef du laboratoire d'Anatomie pathologique. M. Gombault, après avoir examiné ce malade et reconnu l'insuffisance des moyens médicaux largement employés chez cet homme depuis le début de son affection, me fit l'honneur de me demander mon avis.

L'état général est bon ; l'appétit est satisfaisant, il n'y a pas d'élévation de température. Le malade n'a jamais présenté d'œdème des membres ; les phalanges des doigts sont en massue.

Les détails de l'auscultation m'ont été fournis par M. Gombault et les notes ont été recueillies par son interne, M. Dugron.

« L'examen du poumon gauche ne révèle rien d'anormal. Le poumon droit ne présente aucun signe sensible lorsqu'on l'examine en arrière.

« En avant, au contraire, on trouve nettement les signes d'une caverne intra-pulmonaire.

« Dans une étendue limitée en avant, à 3 centimètres environ du bord droit du sternum, en arrière à la ligne axillaire, en haut à la deuxième côte, en bas au quatrième espace intercostal, la percussion révèle de la submatité ; il existe encore une certaine élasticité sous le doigt.

« A l'auscultation, on entend la respiration, mais si celle-ci s'accélère et devient plus forte, on perçoit un souffle caverneux plus profond accompagné de gargouillement.

« La percussion ne nous apprend rien.

« Au-dessus de cette surface (un travers de doigt sous la clavicule) de même qu'au-dessous (dans le voisinage du foie) on entend le murmure vésiculaire normal. A la percussion, sonorité normale en ces points.

« Pour respirer plus librement, le malade prend sur son lit une attitude spéciale ; il est à moitié assis, s'appuyant sur le coude droit.

Quand il se couche ou s'appuie sur le côté gauche, ou même à tout changement de position, il est pris d'une violente quinte de toux.

« La toux est très pénible, quinteuse ; elle se répète fréquemment nuit et jour et l'empêche de dormir ; elle donne lieu à une expectoration abondante, d'odeur nauséabonde, *sui generis*, rappelant assez l'odeur des œufs pourris, assez forte pour incommoder tous les malades de la salle.

« La quantité de l'expectoration est difficile à apprécier ; car le malade est obligé de se lever souvent à cause de l'oppression qu'il éprouve lorsqu'il est dans le lit ; c'est ainsi que chaque matin il sort du lit vers cinq heures, va faire un tour dans le jardin où il expectore le contenu de sa caverne. On peut cependant l'évaluer à deux crachoirs.

« Les crachats sont purulents, d'abord spumeux, puis ils se décomposent en deux couches. La couche inférieure purulente examinée au microscope ne présente pas de bacilles de la tuberculose, ni de crochets hydatiques. »

La paroi thoracique est parfaitement saine, sans rétraction ni dépression comme dans les pleurésies anciennes.

Le diagnostic porté par M. Gombault et moi, fut le suivant : vaste cavité suppurante intra-pulmonaire ayant succédé à l'évacuation d'un kyste hydatique par les bronches, ou, en un mot, vomique pulmonaire d'origine hydatique.

Nous fûmes d'accord pour penser que la guérison ne pouvait être obtenue spontanément et qu'il y avait lieu d'intervenir. Le malade avait le plus vif désir de voir tenter un traitement capable de le débarrasser d'une affection qui empoisonnait son existence depuis dix ans et le rendait impropre à toute espèce de travail.

Opération le 3 juillet. — Dès que ce malade se remue dans son lit, soit pour s'asseoir, soit pour se coucher, il est pris de quintes de toux extrêmement pénibles et prolongées, avec expectoration purulente, turgescence de la face, cyanose, qui ne se calment que lentement et quand le malade se couche légèrement incliné sur le côté droit. Dans ces conditions, l'anesthésie chloroformique était particulièrement délicate.

Elle est néanmoins pratiquée malgré les quintes de toux ; la respiration et le pouls sont surveillés de près.

Un lambeau en U de 10 centimètres environ de base et de hauteur est dessiné et disséqué dans la région correspondant à la caverne pulmonaire ; la base de l'U répond environ à la 2e côte, sa branche droite longe le bord antérieur du grand pectoral, la partie inférieure est à un travers de doigt environ au-dessus du mamelon. Le muscle grand pectoral est incisé verticalement dans toute la hauteur de la plaie ; de même que le petit pectoral, il est épais et volumineux ; la rétraction des deux parties divisées met largement les côtes à nu. Les deux tronçons musculaires sont encore un peu refoulés à l'aide des doigts. La section des muscles faite par couches successives, s'opère sans donner de sang.

La quatrième et la troisième côte sont rapidement dénudées avec la

rugine et réséquées avec mon costotome dans l'étendue d'environ 6 à 7 centimètres. Le décollement de la plèvre se fait facilement. L'ablation des deux fragments costaux et des muscles intercostaux correspondants, donne une large fenêtre quadrangulaire ; on a la plèvre directement sous le doigt et l'œil. Cette membrane est épaissie et résistante ; après la résection costale, à chaque mouvement d'inspiration il se fait une dépression.

Un trocart nº 2 de l'appareil Potain, sans aspiration, est enfoncé à travers la plèvre et pénètre dans la caverne pulmonaire, il donne d'abord issue à une grande quantité de gaz qui sortent en sifflant, puis à quelques gouttelettes de pus.

Il n'est pas douteux que l'instrument ait pénétré dans une cavité où il joue librement.

Immédiatement, sur le trocart laissé en place et servant de conducteur, je fais avec le thermo-cautère une incision transversale : la plèvre pariétale et la plèvre viscérale ne sont pas reconnaissables ; elles sont confondues en une seule membrane et adhérentes au tissu pulmonaire qui se présente comme carnifié et résistant. Ce tissu se sectionne assez difficilement et il est nécessaire de traverser environ un centimètre de tissu avant d'arriver dans la cavité sous-jacente. Dès que l'espace est suffisant il s'échappe tout à coup à l'extérieur un flot de pus assez bien lié qu'on peut évaluer à un demi-verre.

Le doigt introduit dans la poche constate une cavité profonde dans laquelle il peut s'enfoncer en entier, en remontant en haut vers la clavicule, et, en bas, il semble qu'on soit à la partie inférieure de la poche. Pour ouvrir plus largement la poche je pratique une deuxième incision verticale, perpendiculaire à la première ; l'incision verticale a environ 4 centimètres, l'incision transversale en mesure 5 à 6, les deux incisions réunies ont la ferme d'un T renversé. Il en résulte une large brèche avec des lambeaux flottants qui s'enfoncent immédiatement dans la profondeur. A ce moment il s'échappe du lambeau pleuro-pulmonaire supérieur une quantité assez considérable de sang noir d'apparence veineuse qui, brassé avec l'air venant des bronches, forme une mousse rougeâtre abondante, rejetée à la fois par la plaie et par la bouche ; la respiration est assez embarrassée.

Je tamponne largement de suite toute la cavité avec trois grosses éponges sur lesquelles j'exerce une assez forte pression. Le malade tousse violemment malgré son sommeil ; il est un peu cyanosé et asphyxique.

Une injection de morphine de 5 milligrammes lui est pratiquée et ramène un peu de calme ; du reste, l'hémostase paraît se faire. Le sang m'a paru provenir du tissu pulmonaire lui-même à la partie inférieure de l'incision. Dans les secousses de toux et dans les efforts d'expiration, il était projeté de deux ou trois points à plusieurs centimètres de distance, comme dans une saignée. Je dois reconnaître que le thermo-cautère était peut-être chauffé à un feu trop vif et que l'hémorrhagie aurait peut-être été évitée si le couteau n'avait été qu'au rouge sombre ; c'est une précaution que je crois bonne à signa-

ler en pareil cas pour éviter une complication gênante et même grave.

Au bout de quelques instants, le calme se rétablit, les éponges introduites dans la cavité sont retirées et rapidement remplacées par un tamponnement fait avec la gaze iodoformée. Par-dessus ce tampon de gaze, gros environ comme un petit poing d'adulte et remplissant toute la poche, une éponge plate est appliquée. De la gaze de Lister chiffonnée, du coton salicylique et du coton ordinaire complètent le pansement.

Il n'a été fait aucun lavage dans la poche purulente; mon intention première était de déterger soigneusement les parois de la cavité en les essuyant avec des tampons imbibés de chlorure de zinc à 5 0/0 et de ne faire le tamponnement iodoformé qu'après cette désinfection préalable.

L'abondance de l'hémorrhagie, la menace d'asphyxie et la nécessité de terminer rapidement, m'ont empêché de réaliser la première partie de la désinfection cavitaire; les branches droite et gauche du lambeau cutané sont suturées avec du fil d'argent à la partie supérieure, de manière à rétrécir un peu la plaie ; mais celle-ci est laissée largement béante dans la plus grande partie de sa surface. La cavité pulmonaire communique avec l'extérieur par une brèche qui a bien environ 7 à 8 centimètres carrés.

Toute l'opération a été faite vite et n'a pas duré plus de vingt minutes environ.

Le malade se réveille facilement et ne se trouve pas mal ; il demande de suite à boire un verre de vin de Bagnols ; il est peu oppressé et ne crache pas de sang. Hémiplégie droite peu accentuée. T. axillaire, soir : 39°.

4 *juillet.* La journée qui a suivi l'opération n'a pas été mauvaise. T. axillaire, matin : 37° ; soir : 38°.

Le malade n'éprouve pas de douleurs ; dans des secousses de toux peu nombreuses, il a rejeté environ un demi-crachoir de crachats franchement sanglants.

La respiration est un peu fréquente et surtout diaphragmatique. T. matin : 37°. L'hémiplégie a disparu.

L'expectoration est moins abondante et moins sanglante. L'état général est bon. Le pansement est renouvelé dans les parties superficielles ; il est traversé par de la sérosité sanguinolente.

6 *juillet.* T. matin : 37°. Hier au soir, dans une quinte de toux, il y a eu rejet d'un demi-crachoir de caillots sanguins et de pus. Le malade rejette évidemment par la bouche une partie du sang qui s'est épanché dans la poche et qui ne peut se vider par la plaie solidement tamponnée.

L'état général est bon ; le malade a faim.

Le résultat le plus remarquable a été la disparition presque complète des quintes de toux fatigantes qui tourmentaient le malade d'une manière incessante à chaque mouvement qu'il exécutait dans son lit et la disparition de l'horrible odeur qu'il exhalait par la respiration. L'ex-

pectoration rendue depuis l'opération n'a presque aucune odeur et ne renferme qu'une très faible quantité de pus.

En résumé, actuellement 7 juillet, cinq jours pleins après l'opération, les suites de cette intervention sont extrêmement simples et paraissent devoir être favorables.

10 *juillet*. État général excellent. Le pansement est refait tous les trois jours ; il se compose d'une longue tente de gaze iodoformée introduite dans la cavité pulmonaire, d'un sac de cellulose au sublimé et d'un bandage de corps.

La suppuration est peu considérable et de bonne nature ; par les quintes de toux le malade rejette une certaine quantité de liquide purulent stagnant au fond de la poche dont la partie déclive est placée un peu plus bas que le niveau de l'incision pulmonaire.

A chaque pansement, un peu de liquide phéniqué au centième est projeté dans la cavité à l'aide d'un pulvérisateur à main ; les tubes à drainage sont à chaque fois lavés et remis en place. Leur réintroduction provoque toujours une petite quinte de toux dès que leur extrémité affleure le tissu pulmonaire.

Les fils à suture sont enlevés aujourd'hui ; la réunion par première intention est obtenue dans toute la surface où elle a été cherchée.

Il est facile maintenant de se rendre compte de la disposition des parties ; elles se présentent de la manière suivante : au premier plan, la paroi thoracique ouverte par la résection des côtes ; sur un second plan, un large orifice circulaire pratiqué dans le tissu pulmonaire détaché dans une petite étendue et flottant à la périphérie de l'ouverture des parties molles.

Par cet orifice l'œil plonge dans une vaste cavité, grande à admettre environ une orange et qui n'est autre que la caverne pulmonaire. C'est dans cette cavité que sont introduits les tubes à drainage et la gaze iodoformée. Dans les efforts de toux, elle semble se rétrécir et se resserrer, et les bords de son orifice se rapprochent de l'ouverture de la paroi.

La quantité quotidienne d'expectoration est maintenant réduite à quelques crachats purulents, spumeux, occupant le fond du crachoir, sans aucune odeur. L'haleine du malade n'a plus jamais eu de fétidité depuis le moment de l'opération.

Mais ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est l'état de tranquillité dans lequel est cet homme comparé à l'état de fatigue et d'angoisse que lui créaient les quintes de toux presque incessantes avant l'intervention.

Il se couche à plat sur le dos au lieu de s'incliner comme auparavant sur le côté droit, seule position où il était moins tourmenté par la toux.

19 *juillet*. L'amélioration continue ; l'état général et l'appétit sont excellents ; la température est absolument normale. Il n'y a presque plus de toux et l'expectoration est réduite en vingt-quatre heures à quelques crachats muco-purulents recouvrant le fond du crachoir.

Les pansements sont régulièrement faits de la même manière tous les trois jours.

La plaie extérieure se rétrécit et se déprime profondément; les bourgeons charnus sont roses et vigoureux. La suppuration cavitaire est peu abondante et sans odeur; il est difficile d'apprécier encore une diminution dans l'étendue de la caverne pulmonaire, cependant on y introduit certainement une moins grande quantité de gaze iodoformée.

Le malade se sent assez bien pour demander à se lever; mais je ne crois pas encore devoir accéder à son désir.

21 *juillet*. Il commence à se lever; il est frais, a une mine excellente. Depuis deux jours le crachoir, en 24 heures, ne renferme que deux à trois crachats muqueux, à peine muco-purulents. Il est impossible de soupçonner que cet homme a été l'objet d'une intervention chirurgicale aussi importante.

D'après les recherches auxquelles je me suis livré, c'est la première fois que cette opération est faite en France de parti pris et de propos délibéré. La *pneumotomie* ou incision pratiquée à travers le tissu pulmonaire, pour donner issue à des collections renfermées dans son épaisseur ou modifier ses cavités suppurantes, est une opération de date récente. Son histoire a été faite chez nous récemment par le Dr True (*thèse de Lyon*, 1885) et par le même auteur dans une revue critique insérée dans la *Revue de médecine* (mars 1886), et à l'étranger par le Dr de Cerenville. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, n° 8, 15 août 1885.)

On trouvera dans ces divers travaux les indications auxquelles l'opération a été appliquée et les résultats qu'elle a fournis. La pneumotomie a été appliquée au traitement: 1° des abcès pulmonaires et des bronchiectasies simples; 2° des cavernes tuberculeuses; 3° de la gangrène pulmonaire; 4° des kystes hydatiques du poumon; 5° des corps étrangers tombés dans les bronches.

Je laisse de côté tous les faits qui ne se rapportent pas aux kystes hydatiques du poumon et qui peuvent donner lieu à des discussions que je ne suis pas à même d'aborder actuellement. La pneumotomie dans le cas de kystes hydatiques a été déjà pratiquée un certain nombre de fois John David Thomas, dans un mémoire récent (*British medic. Jour.*, p. 692, octobre 1885), a pu réunir trente-deux cas d'hydatides pulmonaires opérées et se montre partisan d'une large intervention chirurgicale dans cette affection. Il conseille l'empyème et les drainages antiseptiques. Le résultat général a été 27 guérisons et 5 morts.

La plupart des faits ont été recueillis en Australie, où exerce l'auteur; deux d'entre eux auraient été pratiqués en France; nous n'avons nulle part trouvé l'indication de ces opérations que le Dr True semble aussi ne pas connaître, malgré les recherches auxquelles il a dû se livrer pour la rédaction de ses travaux.

La chose, du reste, importe peu; le cas auquel j'ai eu affaire ne

rentre pas directement dans l'histoire des kystes hydatiques pulmonaires traités chirurgicalement. Depuis longtemps il ne s'agissait plus d'hydatides, dans ce cas; celles-ci avaient été éliminées par les bronches et détruites par la suppuration. Nous nous trouvions en présence d'une caverne pulmonaire ayant succédé à l'évacuation de ce kyste, et dont l'oblitération était rendue impossible par les grandes dimensions de la cavité et la stagnation du pus. Il s'agissait donc plutôt, à l'heure présente, d'un abcès pulmonaire.

Dans l'un et l'autre cas, au reste, les indications sont les mêmes et devront être remplies de la même façon; en effet, si l'ouverture du kyste par la bronche n'est pas suivie d'une évacuation et d'une oblitération rapides, elle donne lieu à des phénomènes de septicémie par rétention ou décomposition du contenu kystique et à la production incessante de quintes de toux et de dyspnée provoquées par l'expulsion des membranes et du pus à travers les bronches et le larynx. Ces deux ordres de phénomènes septiques et dyspnéiques peuvent coexister; ils coexistaient dans le cas actuel.

La question du siège probable de la cavité kystique, de son étendue et de ses rapports avec le tissu pulmonaire voisin, est absolument résolue par la percussion et l'auscultation de la poitrine. J'ai assez longuement insisté sur les détails fournis par l'auscultation pour permettre de reconnaître une cavité intrapulmonaire et la distinguer d'une collection pleurale ouverte dans les bronches.

La conservation d'une sonorité superficielle et de l'élasticité données par la percussion, la conservation des vibrations thoraciques, la perception d'un murmure vésiculaire, pendant une respiration tranquille, ne permettaient pas de méconnaître la présence d'une lame pulmonaire sous l'oreille, recouvrant une cavité dont les signes étaient fournis par de gros râles et du gargouillement dès que la respiration était plus bruyante. On pouvait encore penser que le défaut de rapprochement des côtes et le manque de dépression et de déformation de la cage thoracique excluaient l'idée d'une suppuration pleurale ancienne.

Tout autour de cette cavité, le murmure vésiculaire normal indiquait l'intégrité du parenchyme pulmonaire voisin.

Le manuel opératoire n'a pas différé de celui que j'emploie dans la résection costale pour l'opération d'Estlander. Malgré les quelques critiques dont il a été l'objet, je me suis servi avec avantage ici et dans bien d'autres cas du lambeau cutané en U qui permet d'aborder facilement les parties putrides et d'avoir un grand jour. Suivant les besoins, les branches de l'U peuvent être prolongées en haut ou écartées sur les côtés en divergeant de plus en plus. Dans ce cas, les dimensions du lambeau étaient exactement calculées d'après les résultats fournis par l'auscultation.

Le siège élevé de l'opération, dans le voisinage des premières côtes, m'a fait ajouter un temps que je recommande et dont l'exécution facilite très notablement les manœuvres suivantes. J'ai sectionné verticalement, dans toute la hauteur du lambeau, les muscles grand et petit pectoral. La rétraction spontanée et le refoulement des muscles sectionnés, met les côtes à nu et les rend tout à fait accessibles. Dans le cas actuel, il me paraissait indispensable de bien voir clair dans la profondeur et d'avoir un trajet direct et sans obstacles pour l'écoulement des liquides.

Je pense comme MM. True et de Cerenville qui la recommandent sans l'avoir pratiquée, que la résection d'une ou plusieurs côtes variable avec l'étendue de la cavité sous-jacente, est absolument de rigueur comme premier temps de la pneumotomie. Elle permet de voir et de toucher les parties profondes qui vont être sectionnées, d'ouvrir largement la cavité pulmonaire, de la déterger, de la tamponner en cas d'hémorrhagie et de la surveiller pendant les suites opératoires, soit pour son évacuation, soit pour sa modification. En outre, le désossement partiel de la paroi thoracique, en regard de la caverne pulmonaire me paraît indispensable au retrait et à l'oblitération de celle-ci, dès que ses dimensions sont un peu considérables.

La résection costale fut ici particulièrement facile, les côtes étant écartées les unes des autres et ne chevauchant pas comme à la suite des pleurésies anciennes et des fistules pleuro-cutanées.

Le tissu spongieux des côtes était mou, très vascularisé, facile à sectionner.

L'étendue de la résection et le nombre des côtes à réséquer variera avec le degré d'ouverture nécessaire à obtenir et suivant les dispositions et dimensions de la cavité pulmonaire sous-jacente.

Il pourra être nécessaire de pratiquer la résection d'une côte inférieure, après l'ouverture de la cavité pulmonaire, si l'on s'aperçoit alors que le fond de celle-ci ou ses prolongements ne pourraient que difficilement être évacués.

L'incision du tissu pulmonaire, point essentiel et capital de l'opération, me paraît un des temps qui méritent attention.

Cette incision devra être faite lentement avec le thermo-cautère; le tissu du poumon même sclérosé et carnifié, comme dans le cas actuel, est vasculaire et saigne abondamment, d'autant plus que les efforts de toux et la gêne respiratoire favorisent l'hémorrhagie. En outre, l'introduction du sang dans les bronches et le larynx, provoque des quintes de toux et de dyspnée qui peuvent être inquiétantes.

Le meilleur mode d'hémostase me paraît encore être le tampon-

nement extemporané de la cavité avec des éponges et ensuite avec la gaze iodoformée.

J'ai déjà dit que mon intention avait été de modifier la paroi interne de la cavité en la touchant avec de tampons de coton hydrophile imbibés d'une solution de chlorure de zinc à 5 0/0; la nécessité de terminer rapidement l'opération ne m'a pas laissé le loisir d'exécuter ce temps et je n'ai pas eu à m'en repentir, puisque les choses ont évolué de la manière la plus heureuse du monde.

En tout cas, il faut proscrire, soit au moment de l'opération, soit dans les pansements suivants, les grandes irrigations dans la cavité, tant que celle-ci communique avec les bronches. Je crois qu'on peut employer avec avantage, pour les lavages, les pulvérisations faites avec le pulvérisateur à main, modèle Richardson; la vapeur d'eau phéniquée au 1 0/0 ou de toute autre solution peu irritante et non toxique lave et déterge suffisamment les parois de la cavité sans les choquer et les irriter en déterminant des réflexes pénibles de toux et de dyspnée.

Le drainage et un pansement antiseptique absorbant terminent l'opération.

Les drains gros et volumineux ne doivent pas être assez longs pour irriter et faire saigner la paroi de la cavité pulmonaire qui m'a paru fort sensible aux contacts anormaux.

Je serais mal venu à donner des préceptes généraux à propos d'une opération rare que je n'ai encore pratiquée qu'une fois; je m'arrête donc ici et je termine en disant : les résultats opératoires et thérapeutiques déjà obtenus dans les faits de cet ordre et dans ce cas particulier sont satisfaisants; ils peuvent nous encourager aux tentatives de ce genre dans lesquelles on trouve, pour le plus grand bien du malade, une heureuse alliance de la médecine et de la chirurgie.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 28 juillet 1886.

Présidence de M. HORTELOUP.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Contribution à l'étude du traitement de la pseudarthrose du fémur par la suture osseuse*, thèse pour le concours du prix DUVAL, par le Dr B. SENGENSSE, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux (inscrit sous le n° 3) ;

3° *The treatment of white Swelling of the Knee*, par le Dr A. JUDSON (de New-York), et *Points in the therapeutics of Diseases of the Joints*, par le même ;

4° *Du traitement des tumeurs érectiles par les fils caustiques*, par le Dr LOCQUIN, chirurgien adjoint des hospices de Dijon ;

5° MM. Marc Sée, Nicaise et Cruveilhier demandent des congés jusqu'à l'époque des vacances ;

6° M. le professeur OLLIER (de Lyon), président du Congrès français de Chirurgie pour 1887, rappelle à la Société que le Congrès se tiendra à Paris, du 18 au 24 octobre, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine. Les questions mises à l'ordre du jour sont :

1° *Nature, pathogénie et traitement du tétanos ;*
2° *De la néphrotomie et de la néphrectomie ;*
3° *Des résections orthopédiques ;*
4° *De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles ;*

7° M. le Dr MAZAÉ-AZÉMA (de la Réunion), membre correspondant, envoie un mémoire manuscrit : *De l'ectomie du scrotum éléphantiasique à ciel ouvert*. Lecture en sera donnée dans une des prochaines séances.

A propos du procès-verbal.

M. Verneuil présente deux malades et fait une communication intitulée :

De la cure en plusieurs temps de certaines tumeurs de la face.

Ma communication récente sur l'extirpation des tumeurs du pharynx avait un double but :

1° Je voulais insister sur la nécessité d'obtenir une antisepsie rigoureuse de la plaie, pour diminuer les chances considérables de la mortalité; puis montrer les difficultés de cette antisepsie, et, à ce propos, indiquer les mesures à prendre, entre autres : l'absence de réunion de la plaie, la pulvérisation phéniquée, etc.;

2° Je désirais démontrer l'utilité de conserver pendant plus ou moins longtemps un accès direct jusqu'au point de départ du néoplasme, afin de guetter la récidive et l'attaquer au besoin dès son apparition.

Je ferai remarquer que ce dernier précepte, sur lequel je veux revenir aujourd'hui, a été formulé jadis par Nélaton, Robert, et divers autres de nos maîtres immédiats, à propos des polypes naso-pharyngiens, dont il importe tant de surveiller le lieu d'insertion après l'extirpation, sous peine de méconnaître la repullulation ou de lui laisser faire des progrès considérables exigeant des opérations secondaires plus graves et plus incertaines encore que la première.

Depuis bientôt vingt ans j'applique le principe à d'autres tumeurs de la face, les détruisant dans une ou plusieurs séances, puis remettant à une époque ultérieure — c'est-à-dire quand je suis assuré contre la récidive — l'opération réparatrice complémentaire.

Cette manière de faire n'est pas brillante, j'en conviens; elle exige une égale part de patience du côté du malade et du chirurgien, et offre quelques inconvénients minimes, mais elle présente en revanche des avantages incontestables. D'abord elle diminue presque jusqu'à la supprimer la gravité primitive de l'opération; puis elle concourt puissamment au succès thérapeutique. Enfin — et c'est un dernier point que je signalerai en passant, mais qui a son importance — elle laisse à la nature le soin de procéder à une première anaplastie, qui rend souvent très simple et très bénigne la restauration finale de la région mutilée.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ces points de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale, car un de mes élèves, M. Metaxas, aide d'anatomie de la Faculté, leur consacre sa thèse inaugurale.

Je vous présenterai seulement aujourd'hui deux malades sur lesquelles j'applique en ce moment même la méthode en question. Les deux cas sont fort comparables : il s'agit dans le premier d'un papillome des fosses nasales ayant envahi le sinus maxillaire, et dans le second d'un épithélioma du sinus maxillaire ayant envahi les fosses nasales.

Observation I. — *Papillome de la fosse nasale droite. — Ouverture de cette cavité, puis résection de la paroi antérieure du sinus maxillaire. — Récidives et opérations multiples. — Résultats incomplets.*

Émilie C..., 42 ans, journalière, habitant la province, entre à la Pitié le 30 mai 1884, pour un prétendu polype du nez. Cette femme, de bonne constitution, a subi quelques atteintes de rhumatisme articulaire, mais jouit d'une excellente santé. En 1882, sans cause appréciable, elle est prise d'enchifrènement et de difficulté à respirer. Au bout de quelques mois, un médecin aperçoit à l'entrée de la narine droite quelques excroissances charnues qu'il essaye d'extirper à plusieurs reprises, non sans provoquer un écoulement de sang assez abondant.

Ces tentatives restent sans succès, la narine se remplit sans cesse, quelques douleurs se montrent et quelques épistaxis surviennent; c'est alors que C... entre dans mon service.

Je constate la distension de la fosse nasale et le soulèvement de l'aile du nez par une masse molle, vasculaire, qui arrive jusqu'à l'entrée de la narine. M. Nepveu en enlève quelques fragments, les examine au microscope et reconnaît leur nature papillaire. Les papilles isolées et réunies les unes aux autres par de fins pédicules, simulent une grappe à grains quasi microscopiques. La fosse nasale est complètement obturée; rien toutefois ne proémine dans le pharynx, mais le canal nasal est bouché inférieurement. Douleurs presque nulles. Point d'adénopathie.

Malgré la bénignité relative de la tumeur, je ne m'arrête point à de nouveaux essais d'arrachement par les voies naturelles, et je procède d'emblée, le 7 juin, à l'opération suivante :

Après avoir pratiqué le tamponnement postérieur de la fosse nasale droite, j'ouvre cette cavité par une incision commençant au-dessous du sac lacrymal, suivant le sillon nasogénal, contournant l'aile du nez et se terminant à la commissure postérieure de la narine. L'hémostase obtenue, l'aile du nez détachée de la joue est reclinée vers la ligne médiane; cela donne accès direct dans la fosse nasale et met à nu les végétations qui l'obstruent. J'enlève avec les pinces et la curette une quantité considérable de ces végétations non seulement de la fosse nasale, mais encore du sinus maxillaire qui en est rempli. Je ne m'arrête qu'après avoir observé la muqueuse dans tous les points où elle me paraît suspecte. Au reste, je ne réunis pas la plaie ; et, comme l'aile du nez se réapplique d'elle-même en son lieu et place, je l'isole par une petite compresse pour empêcher son adhésion. Comme pansement, je tamponne mollement la cavité nasale avec de la gaze phéni-

quée, et j'applique à l'extérieur des compresses fraîches; le lendemain, je supprime le tamponnement.

Le troisième jour, je nettoie soigneusement la fosse nasale, et j'observe quelques végétations qui semblent m'avoir échappé l'avant-veille.

Les jours suivants, je ne trouve plus rien de suspect, mais je ne veux pas encore fermer la plaie. Toutefois, pour empêcher la rétraction et le déplacement en haut de l'aile du nez, que j'avais observés dans un cas semblable, je place deux points de suture qui unissent cette aile à la lèvre supérieure, tout proche de la commissure de la narine, et je laisse béante toute la partie de l'incision qui répond au sillon nasogénal.

Toutes ces opérations, grâces aux précautions antiseptiques, furent absolument bénignes; et comme l'opérée ayant hâte de rentrer chez elle, me pressait de terminer sa cure, j'achevai de recoudre l'aile du nez à la fin de juillet, après avoir fait un examen qui m'avait entièrement rassuré.

Malheureusement je m'étais trompé, car, dans le mois de septembre, la cavité nasale était obstruée comme devant. Émilie C... rentra dans mes salles le 13 octobre, et, comme la récidive était manifeste, je me hâtai, le 16 octobre, d'agir plus énergiquement. Le tamponnement postérieur pratiqué, une grande incision courbe à convexité inférieure, comprenant l'ancienne cicatrice, longeant le sillon géno-labial jusqu'au niveau de la commissure labiale, puis remontant de là jusqu'à l'os malaire, délimite un grand lambeau à base supérieure qui est disséqué de bas en haut et relevé sur l'œil et le sourcil; toute la face antéro-externe du sinus maxillaire mise à nu est réséquée ainsi que la branche montante, le rebord inférieur de l'orbite avec ce qui reste de la paroi externe de la fosse nasale. Je ne conserve en somme que la voûte palatine et les deux tiers postérieurs du plancher de l'orbite, arrivant en arrière jusqu'à l'apophyse ptérygoïde, en haut jusqu'à la base du crâne, c'est-à-dire aux cellules ethmoïdales et au sinus du sphénoïde. Bien que convaincu d'avoir cette fois détruit tout le néoplasme, je laissai le lambeau soulevé, et la cavité maxillo-nasale largement ouverte en avant On la remplit de boulettes de gaze phéniquée, et on panse à l'extérieur avec des compresses humides antiseptiques. Les suites furent aussi simples que la première fois; la fièvre fut insignifiante, les douleurs très passagères. La bouche n'ayant pas été ouverte ni le voile du palais détaché, la déglutition et, par suite, l'alimentation, ne furent nullement entravées. Huit jours après, l'opérée se promenait dans la salle; de temps en temps je soulevais le lambeau, et quand, la détersion faite, j'entrevoyais quelque bourgeon douteux, je le touchais avec un pinceau légèrement imbibé d'une solution saturée d'acide chromique.

En janvier, lorsque tout semblait aller au mieux, je fis une constatation fâcheuse à la partie supérieure et postérieure de la fosse nasale, tout proche de la base du crâne. Au niveau de la lame criblée de l'ethmoïde se voit une saillie noirâtre, du volume d'un petit grain de raisin, animée de battements réguliers isochrones à la systole cardiaque

et d'une expansion manifeste. Craignant d'avoir affaire à quelque vaisseau dont l'ouverture eût été dangereuse, je cesse les attouchements avec l'acide chromique que j'avais pratiqués à plusieurs reprises dans cette région.

En février 1885, la petite tumeur vasculaire semble diminuer; le reste de la cavité nasale est libre de toute végétation; c'est pourquoi sur les instances de la malade je procède à la restauration faciale, le 13 février.

Le lambeau qui s'était rétracté et enroulé en dedans est détaché à ses extrémités, avivé sur son bord libre, incisé à sa face profonde, étalé et enfin réuni à la lèvre supérieure, à la joue et à l'aile du nez par une douzaine de sutures métalliques. Je laisse cependant la narine assez largement ouverte, afin qu'on puisse surveiller par cette voie l'intérieur de la cavité naso-maxillaire. Quelques jours après, la réunion était obtenue et le 4 mars l'opérée regagnait ses foyers. Je lui avais expressément recommandé de voir de temps à autre son médecin et de revenir me trouver au moindre indice de récidive.

Cinq mois se passèrent sans que la cure parût compromise, mais à la fin de juillet quelques saignements de nez et de légers élancements revinrent; en novembre, l'air passait plus difficilement et la partie supérieure de l'aile du nez commençait à se soulever. La malade croyait bien que son mal reparaissait, mais elle ne s'inquiétait guère parce que les douleurs étaient presque nulles. L'hiver s'écoula ainsi, mais en avril et mai 1886, les hémorrhagies s'accrurent, le gonflement s'accentua. La respiration devint de plus en plus gênée, enfin une sensation incommode d'engourdissement et de distension envahit toute la moitié droite de la tête et du visage.

Le 18 juin 1886, Emilie C... rentre à la Pitié. Je constate sans peine l'obturation de la fosse nasale, la distension de l'aile du nez, la présence à l'orifice élargi de la narine d'une masse molle vasculaire, toujours semblable au papillome primitif, mais, chose plus grave, je reconnais, à l'angle interne de l'œil, une saillie indolente arrondie, de 15 millimètres de diamètre, de teinte bleuâtre, sillonnée de vésicules variqueuses qui se prolongent sur les paupières, la racine du nez et du sourcil, saillie animée de battements et d'un mouvement d'expansion, de plus réductible par une pression douce et enfin gonflée par l'effort, offrant en un mot tous les caractères d'une encéphalocèle ou pour le moins d'une tumeur vasculaire communiquant avec la cavité crânienne; nul doute que cette production ne soit due à l'accroissement de la petite tumeur pulsatile que j'avais observée déjà en janvier 1885, c'est-à-dire près de dix-huit mois auparavant.

On comprend que le danger de pénétrer dans le crâne dans une nouvelle tentative d'extirpation arrêta ma main. Je regrettais d'autant plus mon abstention forcée que l'état général était excellent, que les ganglions étaient absolument sains et que le foyer de la récidive lui-même était fort circonscrit, car il était facile de s'assurer de l'absence de tout produit pathologique dans l'emplacement de l'ancien sinus maxillaire. La cicatrice elle-même, résultant des opérations préliminaires et

de l'opération réparatrice, n'était pas choquante et n'eût été cette reproduction inaccessible, la guérison radicale eût été certaine.

Je me bornai à toucher tous les deux jours avec l'acide chromique la masse papillaire qui se montrait à l'orifice élargi de la narine et lorsque j'en eus détruit la partie visible, je renvoyai Émilie C... dans son pays. Le médecin de la localité, averti par moi, continuera à tenir le néoplasme en respect le plus longtemps possible, par des cautérisations palliatives.

Obs. II. — *Épithélioma du sinus maxillaire propagé à la pituitaire. — Ablation au thermo-cautère. — Ouverture permanente du foyer pathologique.*

Marie L..., 59 ans, habitant la Nièvre, de petite taille et de chétive constitution, prétend s'être toujours très bien portée jusqu'en 1884 où elle fut prise d'un érysipèle de la face; elle s'aperçut aussitôt après d'un gonflement de la face qui, depuis, a progressé sans cesse et pour lequel elle entre à la Pitié le 17 mars 1886.

A cette époque, une tumeur du volume d'un œuf de poule, paraissant avoir son siège dans le sinus maxillaire, occupe la joue gauche, obture la narine et soulève fortement la peau qu'elle distend, sans y adhérer toutefois. La voûte palatine, la paroi inférieure de l'orbite ne sont point déformées. Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux ne sont point engorgés. Les douleurs qui avaient longtemps fait défaut sont devenues assez vives depuis quelques semaines pour que la malade désire vivement être débarrassée de son mal, mais la débilité est si grande et l'apparence si cachectique que j'hésite fort à intervenir d'autant plus qu'il y a oligurie manifeste (7 à 800 grammes d'urine dans vingt-quatre heures), et présence d'une proportion notable d'albumine.

Cependant le régime lacté ayant remis les voies urinaires en état et la malade réclamant avec instance un soulagement, j'exécute le 31 mars l'opération suivante : une incision partant du grand angle de l'œil suit les sillons naso-génial et géno-labial jusqu'à la hauteur de la commissure labiale, d'ailleurs sans pénétrer dans la bouche; de là elle remonte jusqu'à l'os malaire, circonscrivant ainsi un grand lambeau à base supérieure, à bord convexe qu'on dissèque de bas en haut et qu'on retire sur l'œil et le front. Ce premier acte est fait au bistouri, mais comme on lie soigneusement les artères à mesure qu'elles sont ouvertes, la perte de sang est tout à fait insignifiante.

La tumeur est ainsi mise à nu; elle a détruit presque en entier la paroi antérieure du sinus maxillaire. Je résèque avec de forts ciseaux et la pince de Liston ce qui reste de cette paroi, ainsi que le rebord inférieur de l'orbite; puis j'attaque la masse néoplasique avec le thermo-cautère chauffé au rouge sombre et lentement plongé de deux en deux centimètres environ; en moins de sept à huit minutes, je parviens à carboniser ainsi sans perdre une goutte de sang toute la partie proéminente de la tumeur. L'entrave enlevée avec le thermo-cautère chauffé au rouge vif, j'attaque les parties profondes de la tumeur et, parvenu jus-

qu'aux parois postérieure et inférieure du sinus qui sont saines, je constate que l'épithélioma occupait surtout les parois antérieure, externe et qu'il a débuté peut-être au niveau de la racine de la deuxième molaire qui faisait saillie dans le sinus et qui était profondément altérée. Quant à la paroi externe de la fosse nasale, elle était presque entièrement détruite, aussi les masses épithéliales s'étaient facilement propagées de ce côté.

Après les avoir énucléées je plaçai d'avant en arrière un tampon dans l'orifice postérieur de la fosse nasale et procédai à un curage définitif de la large cavité naso-maxillaire créée par l'ablation de la tumeur.

Ce curage fait avec la rugine et le thermocautère donna lieu à une perte de sang que j'évalue à 30 ou 40 grammes à peine, qui, ajoutés aux 15 ou 20 grammes écoulés lors de la formation et de la dissection du lambeau génal porte à moins de deux onces la quantité totale de l'hémorrhagie après une opération qui est comptée à bon droit parmi les plus sanglantes. Si j'insiste sur ce point, c'est que l'état de débilité extrême de la malade et la complication rénale imposaient ici formellement l'économie du sang.

Bien des fois déjà j'ai employé le thermo-cautère pour l'ablation des tumeurs du maxillaire inférieur, mais jamais je ne l'avais utilisé pour enlever la mâchoire supérieure. Le fait présent me paraît de nature à encourager des études et des essais dans cette direction.

Quoi qu'il en soit, l'opération terminée, je remplis mollement la large brèche opératoire avec la gaze iodoformée avec laquelle je recouvris également la face saignante du lambeau, lequel fut maintenu, relevé et isolé aux deux bouts de sa base pour prévenir toute réunion.

Les suites de cette opération furent beaucoup plus simples que je ne l'aurais pensé. Les douleurs furent très minimes ; l'écoulement sanguin consécutif absolument nul. L'élévation de température n'eut lieu que le soir du deuxième et du sixième jour, pour atteindre alors 38°,2 et 38°,8. A partir du neuvième jour, le thermomètre oscilla entre 37 et 37°,8.

Les pansements extérieurs furent faits d'abord quotidiennement jusqu'à ce que le lambeau fût détergé et dégonflé. Jamais sa vitalité ne fut compromise, jamais il ne perdit sa souplesse. Peu à peu il se rétracta, mais lorsque je le laissai tomber librement, il boucha exactement la brèche génale, et lorsque je le recoudrai, il rejoindra très aisément l'aile du nez, la lèvre supérieure et la joue.

Pendant toute la cure, je n'eus qu'un moment d'inquiétude : les premiers jours, il y eut presque anurie, 200 à 300 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures, avec retour de l'albumine. Mais cet état ne se prolongea pas. En revanche, à la fin d'avril, alors que les complications locales ne semblaient plus à craindre, la malade fut prise d'une anorexie et d'un tel dégoût des aliments qu'elle refusa absolument toute nourriture ; aussi la faiblesse devint extrême et le thermomètre descendit à 36° et quelques dixièmes. Mes exhortations et mes prières restaient vaines.

J'approchai un jour la malade avec une longue et grosse sonde œso-

phagienne, la menaçant de l'introduire et de la faire manger de force; elle eut tellement peur qu'elle ingéra aussitôt devant moi du lait et du bouillon. La menace renouvelée plusieurs jours de suite fit merveille. Au bout d'une semaine, l'appétit était revenu et les fonctions digestives rétablies.

Quinze jours plus tard, Marie se levait tout le jour et rendait même des petits services dans la salle. Aujourd'hui elle se porte mieux que jamais, ayant repris toutes ses forces, son courage et une mine très satisfaisante. Les douleurs sont absolument nulles, et un petit pansement fort simple dissimule aisément la difformité qui résulte de la non-réunion du lambeau.

A diverses reprises, comme on peut le croire, j'ai soulevé celui-ci et examiné la cavité naso-maxillaire. Trois fois j'ai touché avec l'acide chromique des bourgeons suspects. Je me propose de faire prochainement un curage un peu plus sérieux. Le toucher et la vue me révèlent du côté du plancher de l'orbite et de la région du sac lacrymal des indurations de nature douteuse.

Une opération complémentaire sera faite. Il suffira, pour avoir tout le jour nécessaire, de débrider légèrement les deux extrémités de la base du lambeau, la réunion secondaire s'étant effectuée dans une certaine étendue près de l'os malaire et du grand angle de l'œil [1].

On m'objectera sans doute que les résultats que je présente ici ne sont ni brillants ni probants, puisque après deux ans et une série d'opérations, l'une de mes malades n'est pas encore guérie et même ne guérira jamais, et que je viens de réopérer l'autre quatre mois après le premier acte chirurgical. Voici ce que je puis répondre :

D'abord, si je faisais ici l'exposé complet de ma pratique, je montrerais des cas où la guérison après opération restauratrice date de plusieurs années. Puis, en ce qui concerne les deux malades actuelles, je ferais remarquer qu'elles portent des lésions particulièrement difficiles à guérir, malgré leur bénignité histologique relative, c'est-à-dire des épithéliomas ayant envahi primitivement ou secondairement la pituitaire, membrane étendue, anfractueuse où les productions néoplasiques quelles qu'elles soient (adénome, papillome, épithélioma, carcinome) sont presque toujours diffuses et tendent à envahir, outre l'antre d'Highmore, les sinus frontaux et sphénoïdaux et les cellules de l'ethmoïde dont les rapports avec la base du crâne, imposent naturellement des limites aux actes opératoires.

C'est précisément ce qui m'est arrivé chez ma première malade. Il serait pourtant injuste de nier le service que je lui ai rendu, car

[1] Cette opération a été faite le 30 juillet; il y avait en effet une couche de bourgeons épithéliaux aux points indiqués. Il est à craindre qu'ici encore le néoplasme gagne l'orbite et les masses ethmoïdales.

depuis deux ans je tiens en échec une affection qui marchait vite et, au début, récidivait avec une extrême facilité.

J'ai été également utile à la seconde opérée, en supprimant ses souffrances et en relevant sa santé générale. Pour elle, je n'abandonne pas l'espérance d'une guérison complète.

Peut-être, je le reconnais, aurais-je fait mieux d'enlever, dans mes premières opérations, le maxillaire supérieur tout entier, ce qui eût mis peut-être à l'abri des récidives, rendu inutiles les opérations successives et permis de restaurer séance tenante la face mutilée; mais ici la question change, et il faudrait entrer sur un autre terrain pour apprécier la valeur thérapeutique de la résection de la mâchoire supérieure dans les néoplasmes profonds de la face et dans ceux des fosses nasales en particulier. Je crois qu'il y a lieu de reviser sur ce point les préceptes opératoires classiques; mais ce n'est pas de ceci qu'il s'agit aujourd'hui.

M. Poulet. A propos de l'intéressante communication de M. Bouilly, j'ai cru utile de vous retracer brièvement l'histoire d'un malade auquel j'ai proposé la pneumotomie. Il s'agissait également d'un kyste hydatique ouvert dans les bronches, primitivement traité à l'Hôtel-Dieu et qui était venu échouer, à la suite de démêlés avec l'autorité militaire, dans le service des détenus au Val-de-Grâce. Mon but est de faire voir que le diagnostic présente parfois des difficultés très grandes, et que par suite les indications chirurgicales sont un peu problématiques. Voici succinctement l'histoire de ce prisonnier.

Observation. — *Kyste hydatique ouvert dans les bronches du côté droit. — Expectoration de vésicules.*

Gagneur (F.), 22 ans, mouleur en fer, d'une forte constitution, n'a jamais été malade avant le mois de septembre 1885, époque à laquelle il se mit à tousser, à cracher et à maigrir; il avait la fièvre le soir, des sueurs nocturnes; ses forces l'abandonnaient, l'appétit était presque nul. C'est dans ces fâcheuses conditions que G... entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gallard. Au lieu de s'amender, tous ces symptômes ne firent que s'aggraver, et le malade expectorait du pus en assez grande quantité.

Au commencement de février 1886, il éprouva un point de côté violent dans la région du foie, des douleurs vives irradiées à l'épaule droite et des coliques. Quatre ou cinq jours plus tard, G... rendit en toussant des membranes transparentes, crevées, quelques-unes de la largeur de la paume de la main. Le diagnostic de kyste hydatique ouvert dans les bronches s'imposait.

Après cette évacuation, la plupart des symptômes alarmants disparurent et les forces revinrent. Malheureusement cette amélioration ne

fut que passagère, car cinq fois pendant les mois de février, mars et avril, les mêmes accidents se reproduisirent dans le même ordre, chaque fois amendés par les évacuations successives de la cavité kystique. Dans l'intervalle, le malade crachait abondamment un pus très fétide.

A la prison du Cherche-Midi, où il était en prévention, G... rendit encore du sang et du pus, et c'est pour ce motif qu'il fut envoyé au Val-de-Grâce (5 mai 1886) dans le service de mon collègue Richard, qui me pria de voir ce malade au point de vue chirurgical. Malgré sept mois de maladie, l'état général est resté satisfaisant; il est robuste, vigoureux et peu amaigri; son crachoir est rempli par un pus qui exhale une odeur gangréneuse repoussante, dans lequel on aperçoit çà et là les débris de vésicules hydatides crevées. Il était important de savoir en quel point siégeait la poche, dans quel organe elle avait pris naissance. Si l'idée d'un kyste primitivement pulmonaire était la plus naturelle, on pouvait également admettre la possibilité d'un kyste hydatique du foie rompu dans les bronches, terminaison qui n'est pas absolument rare. C'est même cette dernière opinion qui prévalut dans l'esprit de M. Richard et dans le mien. En effet, la matité du foie descendait beaucoup plus bas qu'à l'ordinaire, et dans l'intervalle des évacuations, le lobe gauche confinait à l'ombilic en formant à l'épigastre une tumeur rénitente. Il me semblait juste d'attribuer cette matité à la distension d'une poche hépatique qui se vidait dans les bronches lorsqu'elle était trop pleine. De plus, la région du foie était douloureuse à la percussion.

Du côté de la poitrine on constate de la matité dans les lobes inférieurs du poumon droit; le sommet est parfaitement sonore en avant et en arrière. L'auscultation fait reconnaître des frottements pleuraux dans toute l'étendue du poumon droit; en arrière et dans les deux lobes inférieurs la respiration est un peu voilée; on perçoit un léger souffle sous l'aisselle droite et quelques gros râles humides cavernuleux. Le thorax a une forme cylindrique, ses bases sont évasées.

Le 11 mai, je pratiquai une ponction capillaire avec l'aiguille de l'aspirateur Potain, entre les fausses côtes et l'ombilic, au niveau de la poche supposée. Il ne sortit que quelques gouttes de sang. Ce résultat dérouta un peu nos idées et nos projets, car je me proposais de faire la laparotomie pour suturer le kyste à la paroi.

Cependant le malade rendait toujours beaucoup de pus fétide, et des vésicules, entre autres une plus grosse qu'un œuf d'oie; le 18 mai, la dypsnée persiste ainsi que la matité pulmonaire. Le 27 mai, nous essayons une nouvelle ponction du poumon à la partie postérieure du thorax, en un point où la matité était très prononcée; l'aiguille fine de Potain fut enfoncée à $0^m,10$ ou $0^m,12$; le résultat fut encore négatif. Évidemment ces ponctions devaient précéder toute intervention, afin de servir de base à une opération. Quelques jours plus tard, après anesthésie, nous fîmes une troisième ponction intrapulmonaire avec le plus gros trocart de l'appareil Potain, à la base du thorax, un peu en arrière de la ligne axillaire, à une profondeur de 8 centimètres. Cette fois, il sortit par la canule un liquide clair, filant, qui rappelait le contenu des vésicules altérées.

Muni de ce renseignement précieux, je me décidai à proposer une opération destinée à vider la poche et peut-être à guérir le malade : résection de côtes, pneumotomie, drainage du kyste. Le malade, prévenu de la gravité de sa situation, accepta d'abord l'intervention. Sur ces entrefaites il fut réformé, grâcié, et il se déroba craignant un retour offensif de l'autorité militaire. On le retrouvera certainement dans quelque service de la métropole.

Réflexions. — Si ce malade avait consenti à l'opération, j'aurais suivi le même plan que M. Bouilly. Au point déterminé par la dernière ponction, j'aurais réséqué une portion de deux ou trois arcs costaux sur une longueur de 5 à 6 centimètres, puis j'aurais enfoncé le trocart à la profondeur voulue et dans une direction convenable, de façon à m'en servir comme conducteur pour fendre la plèvre et le poumon avec le thermo-cautère ou autrement. Cette opération aurait eu pour but de permettre l'exploration, l'évacuation, le nettoyage et le drainage de la poche kystique. Sans doute on ne peut pas affirmer qu'on obtiendrait la guérison en pareil cas, mais la gravité de l'affection est si grande que les tentatives sont autorisées.

Il y a lieu également de se demander quelle serait la conduite à suivre dans l'hypothèse d'une plèvre saine sans adhérences, circonstance qui doit être rare. Si l'on était amené, par l'examen du malade, à soupçonner cette particularité, il serait sage de prendre la précaution, avant d'ouvrir la plèvre, de passer deux anses de catgut ou de soie à travers les feuillets pleuraux et le poumon pour assurer leur adhérence et empêcher l'affaissement du poumon avec ses conséquences. On pourrait encore faire une opération en deux temps, analogue à celle que l'on pratique dans le procédé de Volkmann pour les kystes du foie.

Discussion.

M. Reclus. Une jeune fille m'a été adressée par un médecin qui disait avoir eu à lui pratiquer l'*empyème* pour un kyste hydatique. Toutefois, l'incision, longue de 7 centimètres, était située entre la 11e et la 12e côte. Renseignements pris auprès du médecin traitant, je pus m'assurer qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie et non du poumon. Un drain volumineux étant resté dans la plaie, il s'était formé autour de lui un kyste purulent et pour obtenir la guérison j'ai dû faire la résection d'une partie de la 12e côte. En effet, lors de la première incision, il s'était fait autour de cette côte, par suite de l'irritation du périoste, une sécrétion osseuse qui, par son volume, bouchait l'ouverture du kyste. Après la résection, j'ai pu

vider la poche, et la guérison a été obtenue. Si j'ai cité ce fait, c'est qu'il me paraît offrir quelques analogies avec celui dont M. Poulet vient de nous entretenir.

M. Bouilly. J'ai appris depuis ma communication que M. Moutard-Martin avait pratiqué avant moi la pneumotomie pour l'évacuation d'un kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches et dans la plèvre. C'est seulement au cours de l'opération que M. Moutard-Martin s'aperçut qu'il avait incisé une lame du poumon pour arriver dans la cavité kystique. L'observation a été publiée dans l'*Union médicale* de 1873. Mais je pense avoir été le premier à faire, de propos délibéré, la pneumotomie pour un kyste hydatique.

Néanmoins, à cause de la date, l'observation de M. Moutard-Martin doit être rappelée.

M. M. Sée. Les communications et observations qui nous ont été présentées dans la dernière séance par MM. Lucas-Championnière, Terrier et Berger me donnent la certitude que les idées que j'avais émises depuis longtemps sur le traitement de certaines fractures, en vue d'une guérison plus rapide et plus exempte de raideurs articulaires, ont fait leur chemin. Au lieu de se servir de la bande de caoutchouc, dont j'ai montré les avantages, nos collègues ont employé le massage. J'y vois peu d'inconvénients, à condition qu'ils le pratiquent eux-mêmes, en y mettant beaucoup de temps et de patience.

Mais ce que je condamne absolument, c'est l'intervention des masseurs de profession, attendu que ces empiriques, s'ils étaient appelés à concourir au traitement des fractures, ne tarderaient pas à se croire aptes à guérir toutes les maladies des os et des articulations, sans subir la direction d'un chirurgien. Les appeler à notre aide, même dans des circonstances nettement déterminées, c'est, à mon avis, excuser d'avance toutes les pratiques des charlatans contre lesquelles nous n'avons cessé de lutter depuis si longtemps.

Communication.

Névralgie utéro-ovarienne avec irradiations douloureuses dans le bassin. — Ablation des deux ovaires et des deux trompes. — Guérison, par le Dr Terrillon.

Mme X..., âgée de 46 ans. Mariée depuis 18 ans. Sans enfants.

Réglée à l'âge de seize ans ; elle éprouva au début des douleurs et des épreintes utérines. La régularisation fut difficile.

Depuis quinze ans les règles sont normales, mais douloureuses. Elles durent huit jours et sont abondantes. Jamais elle n'a eu de métrorrhagies.

Vers l'âge de 36 ans, elle fut prise progressivement de douleurs vives dans le bas-ventre avec spasmes, qui occupaient surtout la région utérine, les régions ovariques alternativement et aussi la partie antérieure du bassin.

Cet état qui s'accompagnait de crises nerveuses avec attaques légères, nécessita des traitements variés qui n'amenèrent qu'un soulagement momentané.

L'état général était altéré, la malade très amaigrie.

Les rapports conjugaux, très douloureux, devenaient souvent intolérables, surtout dans la profondeur du vagin.

Comme cet état se prolongeait et que rien ne pouvait améliorer cette situation, le médecin qui la soignait, crut en reconnaître la cause dans une maladie du col de l'utérus.

Celui-ci fut traité, sans profit, par différentes méthodes; mais les douleurs persistaient toujours. Enfin la malade se soumit à une opération qui consista, dit-elle, dans l'ablation du col de l'utérus en 1883.

Le résultat fut nul, et bientôt la malade non seulement souffrait plus qu'auparavant, mais elle vit ses douleurs envahir la vessie, le rectum, et donner lieu à une série de phénomènes douloureux qui lui rendaient la vie insupportable.

Soumise de nouveau à des traitements médicaux variés, douches, bromure, etc., Mme X... se soumit encore, au début de l'année 1886, à une série d'opérations qui furent pratiquées par M. Reclus, dans le but d'améliorer ou de supprimer les douleurs intolérables dont elle se plaignait.

Celles-ci consistèrent dans la dilatation du col vésical pour lutter contre la cystalgie, la dilatation de l'anus afin d'amoindrir la sphinctéralgie ; enfin la cautérisation, ignipuncture du col utérin. En faisant cette opération, M. Reclus ouvrit un petit abcès du col.

Ces différentes opérations procurèrent un soulagement presque nul. Mais ce bénéfice ne dura que huit jours du côté du col vésical. Après lesquels les phénomènes douloureux recommencèrent de nouveau et avec une grande intensité.

Cependant ceux-ci paraissaient s'être localisés principalement dans l'utérus et les ovaires; les autres organes étaient peu atteints ou n'étaient sensibles qu'au moment des grandes crises, surtout la vessie.

Cette femme présentait des phénomènes d'hystérie manifeste.

Enfin en présence des souffrances qui accablaient cette femme et dont le point de départ semblait être principalement dans l'appareil utéro-ovarien, il fut convenu entre M. Reclus et moi que nous ferions la proposition d'enlever les ovaires et les trompes. Nous étions encouragés dans cette pratique par les succès dont nous avions été témoins dans un cas analogue (malade que j'ai présentée à la Société de

chirurgie dans une des séances de cette année, et aussi à cause de faits semblables, publiés par plusieurs médecins étrangers.

Je fis l'opération le 6 juin 1886, avec le concours de M. Reclus et de M. Vermeil, médecin de la malade.

Elle fut anesthésiée avec le chloroforme. Une incision médiane de 10 à 12 centimètres fut pratiquée et permit d'introduire trois doigts dans l'abdomen.

La recherche de l'ovaire droit fut difficile à cause de la présence des intestins qui remplissaient le bassin. L'ovaire était à peine pédiculé, et comme fixé au fond du bassin.

Après l'avoir saisi difficilement entre les trois doigts : pouce, indicateur et médius, j'eus la sensation que la traction du pédicule serait pénible et que j'aurais une grande difficulté à amener l'ovaire au niveau de la plaie, de façon à lier son pédicule.

Cependant, à force de patience, de tractions douces, sans violences, je sentis le pédicule s'allonger. Bientôt grâce à la dépression des bords de la plaie abdominale obtenue avec les mains de mes aides, je pus faire saillir suffisamment l'ovaire et placer sur le pédicule un double cordonnet de soie, avec lequel je fis une double ligature en anse.

Le pédicule fut réduit.

Je trouvai pour l'ovaire gauche la même difficulté de recherche, de préhension et d'extraction, mais tout se passa aussi bien que possible.

Un léger nettoyage du péritoine et la suture des bords de la plaie avec six fils d'argent terminèrent l'opération qui avait duré vingt-cinq minutes.

La malade se réveilla rapidement, eut quelques vomissements, mais se remit rapidement.

Les ovaires furent examinés au microscope, mais on ne trouva aucune lésion appréciable.

Les suites de l'opération furent des plus simples et ne méritent aucune notice spéciale.

J'enlevai les fils le huitième jour et la plaie était complètement guérie.

Quelques petits abcès survenus sur le trajet des fils, amenèrent un retard de la convalescence.

Actuellement la malade ne souffre plus, elle se déclare absolument débarrassée de ses malaises, et ne se plaint encore que d'une petite douleur vésicale ou épreinte après avoir uriné.

Des lavages vésicaux pourraient suffire pour faire disparaître ce symptôme, du reste très léger.

Depuis deux mois cette femme ne souffre plus de l'appareil utéro-ovarien, cause habituelle de ses tourments.

Cette observation m'a semblé intéressante à publier, car les faits de castration pour phénomènes douloureux et persévérants du côté des ovaires ou de l'utérus sont encore rares en France. Déjà M. Terrier, en 1885, a parlé d'un cas analogue ; moi-même en

mai 1886, j'ai présenté devant la Société de chirurgie une malade guérie d'une névralgie ovarique avec congestions utérines graves, après ablation des annexes de l'utérus; enfin dernièrement M. Pozzi a présenté également une malade guérie depuis cinq mois à la suite d'une semblable opération.

Ces faits doivent donc nous encourager à avoir recours, dans quelques cas, à l'ablation des annexes de l'utérus.

Je crois que cette intervention est excellente, peu dangereuse, ainsi que le prouvent les statistiques et les faits publiés, et qu'elle seule peut rendre aux malades la santé et la vie supportable.

Il faut cependant ne pas l'accepter à la légère, et ne s'y décider qu'après avoir échoué avec les moyens thérapeutiques ordinairement employés.

Chez mes deux malades, l'une âgée de 46 ans et l'autre âgée de 49 ans, la décision a été facilitée par ce fait que l'ablation des annexes de l'utérus ne pouvait plus avoir d'influence sur la vie sexuelle de ces deux femmes. Quand la femme est jeune, cette considération doit entrer en ligne de compte, car on prive ainsi la malade de l'espoir de la maternité.

J'ai, dans mes deux cas, enlevé non seulement les ovaires, mais les trompes correspondantes, à l'exemple de Lawson Tait; je crois, en effet, que l'opération a d'autant plus d'efficacité que la trompe a été également supprimée. Les preuves de la nécessité de cette intervention totale ne sont pas encore absolues, et ne seront bien nettes que par la publication de nombreuses statistiques.

Cependant l'opinion de plusieurs chirurgiens étrangers, et notamment de Lawson Tait, semble favorable à l'opération totale des deux annexes.

Discussion.

M. Terrier. Je me trouve d'accord avec M. Terrillon sur les conclusions de son travail. Mais je désire attirer l'attention sur la nécessité de soumettre les malades à un examen spécial, avant l'opération.

Il serait bon, je crois, que le chirurgien s'adjoignît un médecin habitué à la recherche des signes de l'hystérie, pour les bien constater chez ses malades. Il résulte, en effet, des recherches qui ont été faites par un de mes amis, que les observations publiées, tant en Angleterre qu'en Allemagne, sont incomplètes, pour la plupart, à ce point de vue.

On n'indique pas, généralement, dans les observations si l'état hystérique s'est trouvé modifié après l'opération. Chez ma première opérée, dont j'ai donné l'observation à la Société, les phé-

nomènes hystériques ont presque disparu. Chez la seconde ils n'ont pas été modifiés; la douleur seule a disparu, mais la malade est restée hystérique.

M. Verneuil. Dans des questions aussi nouvelles que celle-ci, il est bon que chacun apporte le contingent de son expérience. Or, j'ai observé le fait suivant: j'ai été appelé en consultation auprès d'une dame d'une quarantaine d'années, très robuste, très habituée aux exercices du corps, mais de constitution goutteuse. A la suite d'une chute de cheval, elle fut atteinte de névralgie utérine et obligée de garder le lit. Son médecin lui fit des cautérisations qui aggravèrent les douleurs. La malade demanda alors un chirurgien pour lui extirper les ovaires. L'opération fut pratiquée, et malgré l'épaisseur considérable de la couche adipeuse de la paroi abdominale qui dut rendre l'extirpation difficile, il n'y eut pas d'accidents. Les douleurs cessèrent immédiatement et d'une manière complète.

Mais dix jours après elles reparurent aussi intenses. Un autre chirurgien fut appelé par la malade qui réclamait l'ablation de l'utérus. Mais il ne fit qu'un simulacre d'ablation. C'est dans ces conditions que je fus appelé. La malade, me disant qu'on lui avait laissé une partie de son utérus, réclamait de moi une ablation complète à laquelle, bien entendu, je me suis refusé. J'ignore ce qu'il est advenu de cette dame, ultérieurement.

Voici d'autre part, un second fait :

Une dame que M. Pozzi, notre collègue, doit se rappeler, était atteinte d'une hyperesthésie ovarienne qui l'obligeait à garder constamment le lit. On sentait un des ovaires dans le cul-de-sac recto-utérin, très douloureux au toucher. C'était là un cas où l'opération de Battey paraissait indiquée. Cependant elle ne fut pas pratiquée et après avoir perdu de vue cette malade, j'ai appris que, sans opération, tous ces phénomènes avaient disparu.

M. Reclus. Dans le cas auquel M. Terrillon vient de faire allusion, et qui nous est commun, le résultat de mon intervention a été nul. La malade en question ne pouvait plus supporter l'existence, bien qu'elle eût subi l'ablation d'une partie de l'utérus. J'ai fait chez elle, pour remédier aux douleurs intolérables, une dilatation vésicale, une dilatation anale et une cautérisation du col. Ces trois opérations n'améliorèrent pas son état.

Je priai alors le Dr Brissaud de l'examiner; il constata les signes de l'hystérie, et pensa que l'ablation des ovaires devait être tentée.

M. M. Sée. Notre collègue vient de répondre à une question que je me proposais de lui adresser relativement à l'état des ovaires

qu'il a enlevés. L'absence de lésions qu'il a constatée pourrai faire craindre que les troubles nerveux qui existaient chez son opérée ne fussent dus à des causes indépendantes des organes génitaux et que, dès lors, la guérison qu'il a obtenue ne fût que passagère. En raison des abus sans nombre auxquels a donné lieu l'opération de Battey qui a été faite dans une multitude de circonstances où elle ne pouvait réussir, Hegar, qui dans cette question a une autorité incontestée, a posé en principe que la castration n'est pas indiquée, dans l'état actuel de nos connaissances, en l'absence d'une lésion anatomique nettement constatée des organes génitaux. (A. Hegar. *Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten*, etc., 1885, p. 58.)

M. Terrier. Il est très difficile de distinguer même par l'examen direct un ovaire sain d'un ovaire malade. Pour ma part, je me déclare tout à fait incapable de faire cette distinction au cours d'une opération. J'ajouterai que j'ai vu un ovaire qui, présenté au laboratoire de Ranvier, avait d'abord été jugé malade, être reconnu sain à un examen ultérieur.

M. Trélat. Dans une précédente discussion, lors de la présentation d'une malade de M. Terrier, j'avais déjà dit que nous étions en présence d'indications extraordinairement délicates.

En tenant compte des signes cliniques, on peut se laisser aller, dans bien des cas, à faire l'extirpation des ovaires. Mais si l'on raisonne comme M. Sée, on ne la pratiquera jamais.

La seule chose que le chirurgien puisse apprécier, c'est le phénomène douleur.

Mais lorsqu'existe le cortège de douleurs que l'on rencontre habituellement, il faut procéder comme l'a dit M. Terrier à un examen absolument complet et établissant la parfaite impuissance de toutes les autres médications.

M. Terrillon. Mes deux opérées ont été examinées au point de vue de l'hystérie avant l'opération. La première sortait même du service de M. Joffroy et ne présentait presque aucun phénomène d'hystérie.

Je dois reconnaître qu'à moins de lésions grossières, il est tout à fait impossible de savoir, avant l'opération, si l'ovaire est malade. Dans la plupart des observations, l'examen histologique n'a même donné que des résultats négatifs.

Communication.

M. Redard lit un travail sur la *désinfection des instruments chirurgicaux et des objets de pansement.* (Commission : MM. Le Dentu, Terrillon, Lucas-Championnière, rapporteur.)

Communication.

Essai de cheiroplastie. — Tentative de restauration du pouce au moyen d'un débris de médius.

Par M. Fr. Guermonprez (de Lille), membre correspondant.

Le fait que j'ai l'honneur de présenter à la Société n'est pas un résultat complet ; mais, si, comme plusieurs le pensent, il s'agit d'une véritable innovation, il n'est pas sans intérêt de signaler un résultat si incomplet qu'il soit.

Le 11 avril 1885, la cardeuse Marie de B..., âgée de 45 ans, eut l'imprudence de vouloir, pendant la marche, retirer quelques corps étrangers au moment où le ruban passait par-dessus le hérisson de sa carde. Le pouce se trouva saisi par quelques fibres de la matière textile ; la main droite fut tout à coup renversée, et l'ouvrière fut entraînée par ce mouvement forcé ; on la retrouva assise sur la table de son métier : il fallut employer une grande vigueur pour la dégager.

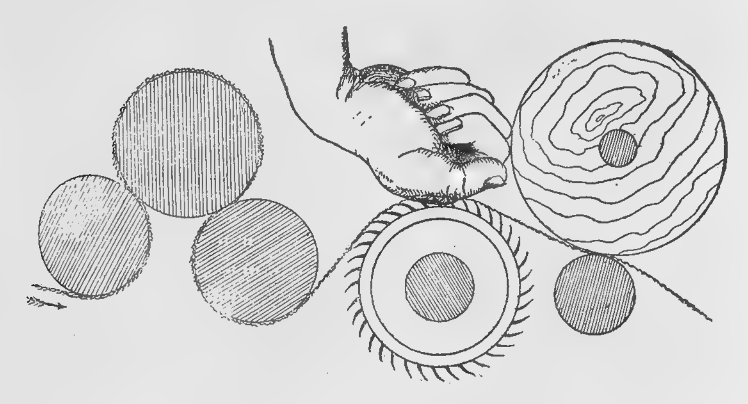


Fig. 1.
Le mécanisme de l'accident.

M. le Dr P. Rey voulut bien lui donner les premiers soins, procéder

au nettoyage de la plaie et pratiquer l'hémostase. La blessée est ensuite amenée à l'hôpital de la Charité, de Lille, pour y subir l'amputation du poignet. L'interne de garde constate l'absence d'hémorrhagie et de tout accident primitif. Il installe le pansement de Lister. Pendant la nuit, la patiente ne peut dormir à cause des douleurs de la région.

Le 12 avril, vers 9 heures du matin, la malade est anesthésiée à l'aide du chloroforme sans incident notable. On reconnaît aisément la perte de la peau au-dessus de la face dorsale des quatre premiers métacarpiens; les limites de la plaie cutanée s'étendent du côté de l'avant-bras jusqu'au niveau de l'articulation radio-carpienne; du côté externe, elles s'étendent jusqu'au tiers externe de l'éminence thénar, se prolongent sur la face dorsale et sur le bord interne de cette même face dorsale des deux phalanges du pouce, puis sur le côté palmaire du premier espace intermétacarpien et jusque vers le milieu de la face dorsale de la phalange métacarpienne de l'index et de celle du médius. La destruction des parties molles ne saurait être plus exactement précisée; ce qui est certain, c'est que les tendons extenseurs sont entièrement détruits; quelques débris filamenteux en sont retrouvés dans la plaie; une branche postérieure du nerf radial peut être reconnue; en raison de son aspect ecchymotique et déformé, elle est immédiatement réséquée. L'étendue du *ratissage* des parties molles est moins grande que la plaie cutanée, dont les bords sont recoquevillés sur la face dorsale des doigts et rétractés vers l'avant-bras et la paume de la main, bien que partout ces bords présentent le même caractère de *ratissage* par les pointes du « hérisson ». Les trois premiers métacarpiens, les phalanges métacarpiennes correspondantes et leurs articulations métacarpo-phalangiennes sont remarquablement et profondément *ratissés*. Sur la face dorsale du second, on dirait d'une action de râpe ou de lime; sur les autres, ce sont des sillons parallèles distants d'un à 3 ou 4 millimètres et pénétrant jusqu'à une profondeur de 3 millimètres au moins dans le cartilage articulaire, dans la substance spongieuse et même dans les crêtes de tissu compact sur lesquelles s'insèrent les muscles interosseux. Les trois articulations métacarpo-phalangiennes sont largement ouvertes, encombrées de débris cartilagineux et de très petites esquilles provenant de la tête du métacarpien et surtout de la partie externe de la petite cavité glénoïde de la phalange des index et médius; les mêmes lésions se reconnaissent du côté interne de la partie correspondante du pouce. Outre ces lésions on trouve une fracture de l'extrémité inférieure du second métacarpien qui sépare, du corps de cet os, toute la portion articulaire d'une part et une esquille longue de 12 millimètres d'autre part. Enfin le périoste est largement décollé et même entraîné et détruit par « le métier » sur la face dorsale et la moitié interne de la face palmaire du premier métacarpien et de la phalange correspondante, sur les deux tiers inférieurs du second métacarpien et sur une moitié de sa phalange, sur le tiers inférieur du troisième métacarpien et sur une moitié de la phalange correspondante.

Au milieu de tous ces débris, on ne trouve plus aucun filament de lin, aucun caillot, le nettoyage de la plaie ayant été fait la veille avec un grand soin et avec une incontestable habileté par l'interne de garde.

La bande d'Esmarch (en simple caoutchouc et non pas en tissu caoutchouté) est appliquée au niveau du bras, et la résection des parties dépouillées de périoste sur les index et médius est immédiatement pratiquée tout en conservant le pouce que l'on se borne à explorer et à nettoyer de nouveau.

Après cette opération, la blessée ne se plaint plus que des douleurs de son pouce.

Le lendemain, l'index paraît à ce point ballant qu'il serait certainement plus gênant qu'utile. L'ablation en est faite au niveau du pli digito-palmaire.

La réparation de cette plaie s'opère lentement et sans autres douleurs que celles du pouce, dont le squelette se nécrose en entier.

Un mois après l'accident, la restauration du pouce, au moyen d'un débris du médius, est pratiquée après avoir été à plusieurs reprises essayée sur le cadavre.

Après chloroformisation, application de la bande d'Esmarch et fixation de la main sur un sachet de sable, l'opération est pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques.

Le *premier temps*, ablation de tous les bourgeons charnus, est accompli à l'aide de la curette hémisphérique, et permet de reconnaître les éléments anatomiques et en particulier la perte totale du premier interosseux dorsal externe.

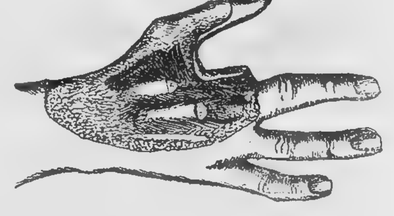


Fig. 2.

La « donnée » chirurgicale : Le pouce, dont il ne reste que la partie palmaire, est à désosser ou à amputer. — De l'index il ne reste qu'un tiers de métacarpien. — Le médius, (dont le tendon extenseur, complètement « ratissé », ne laisse pas le moindre débris dans la plaie), a subi la résection métacarpo-phalangienne.

Le *deuxième temps*, désossement du pouce, est pratiqué suivant le procédé ordinaire, avec une facilité d'autant plus grande, que l'ostéopériostite était absolument complète.

Le *troisième temps*, débridement du troisième espace interdigital, dégage le médius jusqu'à 6 ou 8 millimètres du pli le plus inférieur de la paume de la main sans intéresser les vaisseaux de la région. Le pouce de nouvelle formation est ainsi amené à une direction perpendiculaire aux os du métacarpe.

Le *quatrième temps*, ablation d'un large lambeau en V à sommet supérieur supprime le volumineux repli qu'eût formé la peau qui recouvrait, du côté palmaire, l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Ce lambeau est enlevé largement jusqu'à l'aponévrose palmaire.

Le *cinquième temps*, de beaucoup le principal, ne peut être mené à

bien. La suture du ligament gléno-sésamoïdien du pouce d'une part, à la portion phalangienne du tendon de l'extenseur du médius d'autre part ne put être obtenue. Trois motifs rendaient impossible le résultat qui avait été si aisé dans toutes les expériences cadavériques. D'abord le relâchement de la bande d'Esmarch avait déterminé une énorme tuméfaction de toute la main ; ensuite, la tonicité musculaire, renforcée par l'inflammation traumatique, diminuait étrangement la longueur des fibres de l'éminence thénar ; enfin le ratissage du débris du tendon extenseur du médius faisait ressembler cette partie à ces feuilles que les botanistes qualifient laciniées et faisait manquer presque toutes les tentatives de suture dans un tissu aussi peu résistant.



Fig. 3.

Les résultats des cinq premiers temps de l'opération.

Le tendon du long fléchisseur du pouce fut suturé aux débris de l'extenseur du médius.

Le pourtour de la peau palmaire du pouce fut régularisé, et les sutures dorsales et palmaires furent pratiquées à l'aide du crin de Florence.

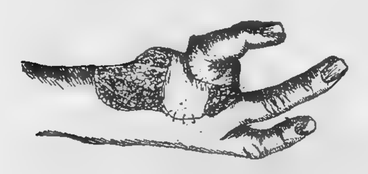


Fig. 4.

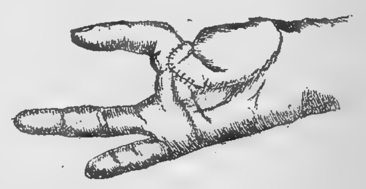


Fig. 5.

Les résultats (dorsal et palmaire) des sutures cutanées.

Pendant toute cette opération, aucune ligature ne fut nécessaire.

Peu à peu, la vaste plaie par ratissage diminua d'étendue et, à ce point de vue déjà, l'opération amenait un résultat. Au bout d'un mois, la plaie était presque cicatrisée, ainsi que le démontre la figure 6. Malheureusement, le pouce était à peu près ballant, toujours œdématié, et un peu sensible à la pression. Sa direction n'était plus celle du médius, mais elle n'était pas non plus celle d'un pouce utilisable. Un appareil plâtré, composé d'un bracelet et d'une anse formant ensemble une seule pièce, fut installé le 12 juillet, comme le montre la figure 7, dans l'espoir que l'écartement

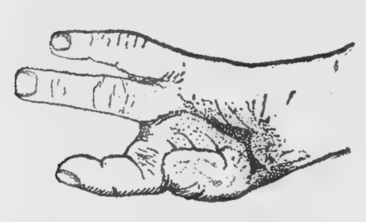


Fig. 6.

Un mois après l'opération.

du nouveau pouce se maintiendrait pendant la formation et la rétraction de la cicatrice sous-cutanée.

Au bout d'un mois de patience, il fallut renoncer au résultat désiré. A défaut d'autre moyen, un appareil prothétique fut formé de deux

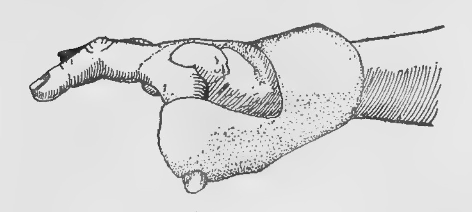


Fig. 7.
L'appareil plâtré destiné à écarter le nouveau pouce.

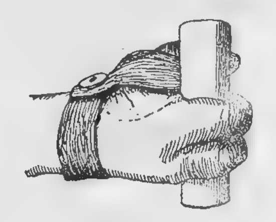


Fig. 8.
L'appareil prothétique qui permet la préhension des objets volumineux.

pièces de cordon inextensible et, grâce à cet artifice, il devint possible de saisir et de manier les objets d'un certain volume (*fig.* 8).

Marie de B.... put être utilisée dans la filature en qualité de balayeuse ; elle put faire son ménage, et même écrire en se servant d'un porte-plume volumineux.

Toutefois, le résultat obtenu ne lui donnait pas une satisfaction suffisante; le nouveau pouce était un peu ballant, et manquait absolument de toute vigueur.

Quatre mois après l'accident, tout œdème ayant disparu, la mutilée fut endormie de nouveau, la cicatrice fut ouverte et même excisée, et, après avoir mis à découvert le ligament gléno-sésamoïdien d'une part, le tendon du médius d'autre part, le cinquième temps de l'opération fut refait sans employer la bande d'Esmarch et sans hémorrhagie. La suture ligamento-tendineuse fut solidement assurée à l'aide de trois points de crin de Florence, placés à fil perdu. Le nouveau pouce fut redressé et sa direction fut rectifiée. Enfin les sutures cutanées furent faites au crin de Florence : une seule fut tordue en une anse qui, passant sur la face palmaire du nouveau pouce, devait devenir douloureuse pour l'opérée dans le cas où celle-ci aurait essayé inconsidérément de diminuer l'extension forcée de son nouveau pouce.

Cette dernière opération guérit sans incident.

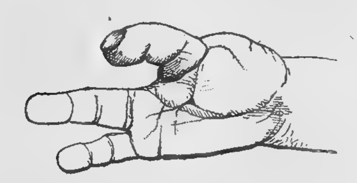


Fig. 9.
Extension pendant le repos.

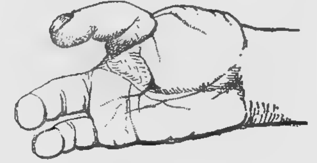


Fig. 10.
A la fin d'une journée de travail.

Actuellement, cette femme a repris et continue, depuis un an bientôt, le métier de cardeuse de lin qu'elle exerçait antérieurement. Les deux

derniers doigts de sa main s'étendent aisément pendant le repos (*fig.* 9); mais la fatigue diminue l'étendue de ce geste d'extension (*fig.* 10). Quant à la flexion, elle est vraiment intacte et facile, ainsi qu'en témoignent les deux figures 11 et 12.

Le nouveau pouce n'est cependant pas parfait : il n'est capable, ni

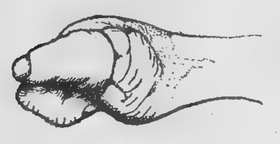


Fig. 11.

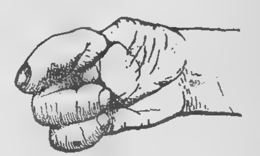


Fig. 12.

Flexion exercée en dehors de l'acte de la préhension.

de flexion, ni d'extension, ni d'opposition. Restant fixe dans sa direction, il constitue un solide point d'appui, en face duquel l'annulaire et l'auriculaire effectuent ensemble, avec une véritable vigueur et non sans quelque dextérité, les mouvements de flexion, ceux d'extension, et surtout ceux d'opposition ainsi que le démontrent les deux figures 13 et 14, prises pendant l'acte de préhension d'un objet volumineux.

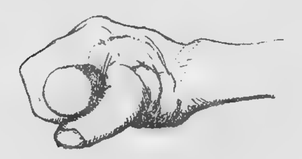


Fig. 13.

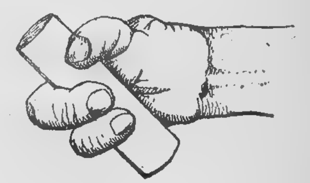


Fig. 14.

Flexion exercée dans l'acte de la préhension d'un objet volumineux.

Aussi cette femme a-t-elle pu reprendre et continuer depuis une année environ son ancien métier de cardeuse de lin.

Sans doute, il ne saurait convenir de considérer ce fait comme une véritable restauration du pouce; mais, si l'on considère dans quel état ont été laissés jusqu'ici les sujets privés complètement de l'usage du pouce, on pourra reconnaître que la tentative qui précède n'a pas été sans quelque résultat.

Quatre faits de perte, soit absolue, soit fonctionnelle du pouce en fourniront une juste idée.

Résultat éloigné d'une ablation du pouce (Collinet).

Le 2 août 1878, le mécanicien L..., Amable, âgé de 44 ans, se tenait debout sur une grue à vapeur roulante de l'usine de Fives-Lille lorsqu'il vint à glisser. En voulant se retenir, il porta la main en avant et saisit un pignon d'engrenage en mouvement. Le pouce de la main

droite fut entièrement broyé et le poignet fut contusionné sur presque tout son pourtour. Transporté immédiatement à l'hôpital Saint-Sauveur, le blessé ne subit aucune opération. De nombreuses esquilles furent retirées de la plaie; plusieurs abcès furent ouverts. Le 8 février 1879, il sortit de l'hôpital (six mois après l'accident). Un abcès dut être ouvert après sa sortie. Depuis cette époque, il fut employé dans le même établissement (pendant six ans) comme commissionnaire ou comme concierge.

Actuellement, la main mutilée est privée complètement du pouce; le poignet présente une large cicatrice sur tout son pourtour, sauf du côté cubital. Cette cicatrice est beaucoup plus étendue sur la face dorsale; elle a atteint le milieu du métacarpe. Sur la face palmaire, elle est moins large mais envoie un prolongement assez étroit, jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras, ce dont on peut parfaitement se rendre compte du reste en regardant le dessin.

Le résultat définitif peut se résumer de la façon suivante : les mouvements de pronation et de supination sont complets ou presque complets; ceux de flexion et d'extension du poignet sont assez étendus.

L'*index* présente habituellement le geste de l'extension complète sans exagération. Les mouvements spontanés sembleraient normaux,

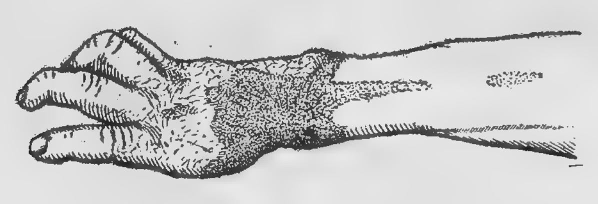


Fig. 15.

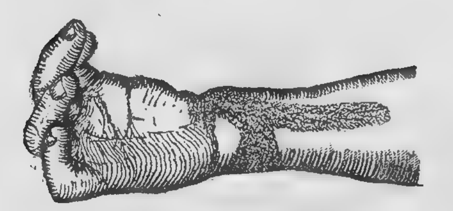


Fig. 16.

si l'on s'en tenait à ceux d'extension; mais la flexion est impossible dans l'articulation métacarpo-phalangienne, et aussi dans l'articulation terminale.

L'articulation intermédiaire peut seule être fléchie d'une manière à peu près complète. Les mouvements communiqués sont complets pour la dernière phalange, mais très peu étendus pour l'articulation métacarpo-phalangienne.

Le *médius* se trouve à peu près dans les mêmes conditions, avec cette différence que, dans son geste ordinaire, la dernière phalange se tient habituellement à demi fléchie, et que si l'on recherche l'étendue

des mouvements communiqués on arrive à un angle de 45° environ dans la flexion de la phalange métacarpienne.

L'*annulaire* fait au repos un geste un peu complexe; sa phalange moyenne est à 45° environ sur la métacarpienne; tandis que la terminale est simplement étendue et la métacarpienne renversée. Les mouvements spontanés sont presque nuls; quand le patient fait un effort de flexion, il n'obtient rien de la phalange terminale; il arrive à l'angle droit pour l'articulation moyenne et peut seulement ramener la phalange métacarpienne à l'extension simple, au lieu de la laisser dans l'extension forcée. Quant aux mouvements communiqués, ils sont complets pour l'articulation moyenne et atteignent 45° pour chacune des deux autres.

L'*auriculaire* est à tous points de vue dans le même cas que l'annulaire.

Quant aux mouvements d'écartement des doigts, ils sont à peu près les mêmes pour les deux mains.

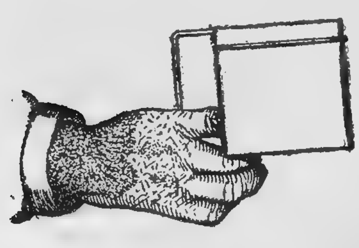


Fig. 17.

Actuellement le blessé est marchand de lait; il traîne facilement sa petite voiture à bras et surtout est resté droitier; tandis qu'il tient son vase de lait dans la main gauche, il manie sa mesure en fer-blanc à l'aide de sa droite; il écrit même avec celle-ci. Il lui est impossible toutefois de serrer un objet à l'aide de cette main; il ne peut même pas s'en servir pour manier un marteau ni un manche de manivelle.

Écrasement du pouce, résultat éloigné (Collinet).

En 1883, la nommée Virginie E... travaillait à démonter les grosses bobines dans une filature, quand sa main droite fut prise dans les engrenages d'une bambroche. Transportée à l'hôpital Sainte-Eugénie, la blessée reçut les soins de M. le Dr Faucon. Le pouce de la main droite était complètement broyé, l'articulation médio-carpienne largement ouverte, et il y avait en outre plusieurs fractures du premier métacarpien. Malgré la vaste étendue des délabrements, on se décida pour la conservation. On appliqua sur la plaie un pansement de Lister, qui fut renouvelé les jours suivants. A différentes reprises, M. le Dr Fau-



Fig. 18.

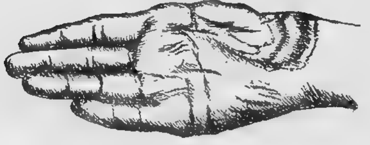


Fig. 19.

con retira des esquilles de la plaie. Après un séjour de dix semaines environ à l'hôpital, la blessée sortit incomplètement guérie; la solution de continuité était recouverte de bandelettes de diachylon; cinq semaines plus tard, tout était entièrement cicatrisé.

Actuellement (juillet 1886), la malade a repris son métier de dévideuse depuis vingt-huit mois. Sa main droite ne peut atteindre dans l'extension que 40° environ, alors que la main gauche arrive à 90°.

Le mouvement de flexion est un peu étendu; la main blessée peut faire dans ce sens un angle de 50°, et l'autre main un angle de 90°.

Dans le mouvement de latéralité sur le côté cubital, le cinquième métacarpien atteint à gauche 45° et 20° seulement à droite. Sur le côté radial, le deuxième métacarpien arrive à 15° à gauche et fait un angle un peu moindre à droite.

Les mouvements des quatre derniers doigts sont bien conservés; la blessée peut lier un fil, écrire et coudre de sa main mutilée avec assez de dextérité.

Écrasement du pouce droit, résultat éloigné (Véroudart).

Il y a cinquante ans, un homme a été atteint d'un coup de gros engrenage de manège; un chirurgien a désarticulé ce qui restait du squelette du pouce droit broyé par le traumatisme.

Actuellement on reconnaît une partie notable des muscles de l'éminence thénar, dont l'ensemble fait encore une saillie assez forte au moment des contractions; mais il est difficile d'en apprécier l'utilité.

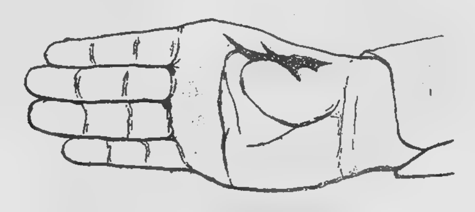


Fig. 20.

Devenu peintre en bâtiments, cet homme manie la brosse à la façon d'un écureuil qui se sert de ses extrémités antérieures; mais il est incapable de faire un travail délicat : il ne sait même pas écrire son nom.

Rétraction cicatricielle du pouce à la suite d'une brûlure (Collinet).

Le nommé D..., François, né à Cavignas (Corse), tomba à l'âge de 15 ans dans un foyer où brûlaient des fragments de bois. Il y eut fracture d'au moins un des os du pouce; ce doigt et la région voisine furent atteints aussi de brûlures étendues et profondes. Six à sept mois furent nécessaires pour obtenir la guérison des brûlures. Moins de deux ans après l'accident, le pouce était complètement renversé par la rétraction

cicatricielle, et il est resté à peu près dans la même situation depuis cette époque.

Actuellement le pouce est entièrement replié sur sa face dorsale et se trouve accolé dans toute son étendue sur le bord radial de la face antérieure du poignet. Ses éléments sont notablement plus courts que ceux

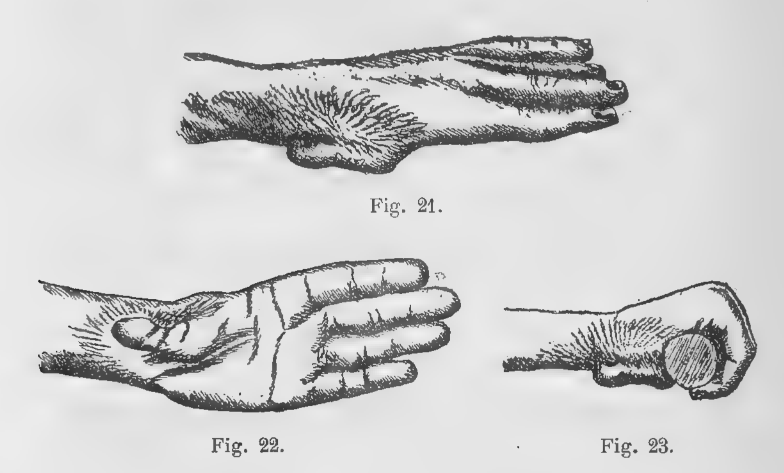


Fig. 21.

Fig. 22. Fig. 23.

du pouce congénère; le métacarpien est dirigé presque transversalement, il suit une ligne horizontale d'arrière en avant et très peu de dehors en dedans.

L'unique phalange qui existe présente la longueur mais non pas la largeur de la phalange métacarpienne du pouce de l'autre main. Il est probable que cette phalange est la métacarpienne entièrement atrophiée avec une tête devenue méconnaissable. Elle est recouverte des téguments palmaires des deux phalanges du pouce.

On y distingue un reste d'ongle, d'ailleurs difforme, que l'on reconnaît sans peine par la face dorsale; on voit de l'autre côté le pli interphalangien qu'il est aisé de reconnaître, le pli de flexion que l'on détermine exactement, et peut être même le pli d'opposition près de l'articulation métacarpo-phalangienne de ce pouce.

Quant aux mouvements, ils sont de tout point rudimentaires et inefficaces; ils existent toutefois dans les deux articulations, on en observe toute l'étendue dans le mouvement de compression d'un bâton. En pratique, l'index remplace un peu le pouce, mais il s'écarte très peu et n'a aucune force. Son mouvement léger d'opposition ne se perfectionne pas, malgré le zèle du sujet.

Cet homme peut manier une pioche, pourvu que le manche soit mince et léger; car le membre entier est faible, bien qu'il soit fréquemment en exercice; les muscles de l'avant-bras surtout sont notablement atrophiés.

Le sujet, qui a été manœuvre pendant dix-huit mois à l'usine à gaz de Saint-Denis, est devenu aveugle à la suite d'une explosion de gaz; il est actuellement chanteur ambulant.

Il importe surtout de ne pas comparer avec les quatre faits précédents les cas dans lesquels le pouce, partiellement conservé, rend encore d'importants services. Autant on peut se borner dans ces derniers cas, autant il y a lieu de chercher une restauration dans les premiers.

Pour en bien faire la preuve, une observation encore inédite sera utilement résumée.

Pertes des phalanges du pouce et de celles de l'index (Véroudart).

Le 9 février 1865, Henri K..., âgé de 18 ans, a la main droite prise dans un pignon d'engrenages. Il n'éprouve aucune douleur primitive et voit ses deux doigts arrachés repasser devant ses yeux à un nouveau tour de roue sans se rendre compte de sa blessure.

L'index et le pouce étaient séparés au milieu de la phalange méta-

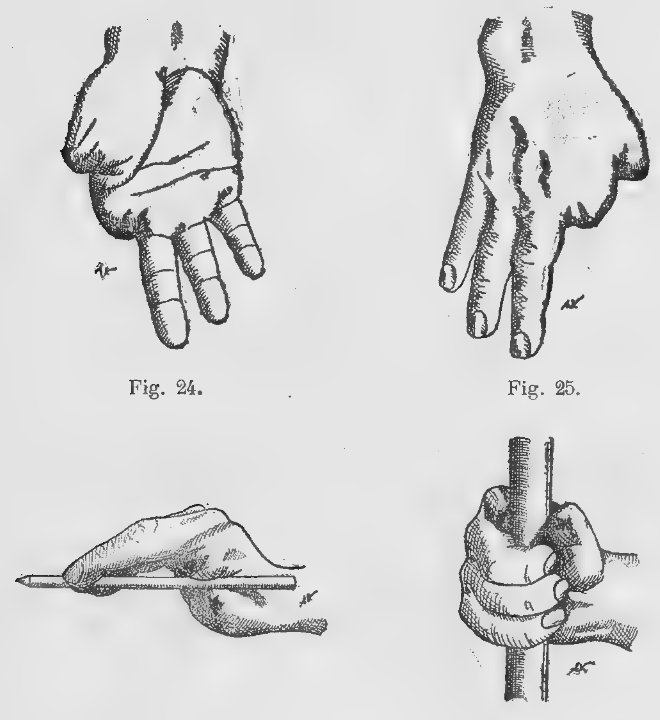


Fig. 24. Fig. 25.

Fig. 26. Fig. 27.

carpienne : la section du pouce est nette; celle de l'index comprend plusieurs esquilles qui sont éliminées dix jours après l'accident.

Diverses plaies moins importantes siègent dans le premier espace intermétacarpien et aussi vers l'extrémité du médius (pansements au

diachylon et bains d'eau chlorurée). La cicatrisation est complète après deux mois environ. Pendant ce temps l'extrémité des deux moignons reste très sensible au moindre choc et rend assez pénible la fonction de nettoyeur dont il s'acquitte en se servant surtout de la main gauche.

Au bout de quelques mois, il avait repris l'usage de sa main droite et était devenu contre-maître.

Une excroissance cornée prend ensuite naissance sur le moignon de l'index. Plusieurs fois arrachée par le blessé lui-même, elle ne disparut complètement qu'en 1884.

Actuellement (1886), on ne trouve guère d'atrophie au niveau des muscles fléchisseurs et extenseurs de l'index. Au niveau de la partie la plus épaisse de l'avant-bras, le côté droit a 1 centimètre de moins de circonférence. Il en est de même au quart inférieur de l'avant-bras. L'éminence thénar n'est presque pas atrophiée.

Les deux extrémités de phalanges, qui restent du pouce et de l'index, sont douées de mouvements complets d'extension et de flexion : ce qui permet au blessé de se servir de sa main avec grande dextérité.

Les travaux de force lui sont aussi faciles que les travaux délicats. Pour tenir de gros objets, comme le manche d'un marteau, il saisit entre les trois derniers doigts fléchis et le moignon de la phalange du pouce. Pour écrire, il tient la base du porte-plume entre les deux moignons de phalange du pouce et de l'index, et son extrémité entre le médius et l'annulaire. L'habitude lui a rendu une belle écriture. Il arrive à dessiner, à faire les travaux délicats du réglage des diverses machines (peigneuses, bambroches, cardes, étirageuses) dans les ateliers de préparation pour la filature du coton.

C'est là un exemple très curieux d'un sujet intelligent, zélé et actif, qui utilise remarquablement ses moignons de pouce et d'index. Mais un semblable résultat n'est pas possible, lorsque la perte du pouce est vraiment complète.

Ce cas de perte relative du pouce étant préalablement écarté, il reste bien acquis que la véritable et complète amputation du pouce constitue une infirmité grave.

Pour expliquer mon innovation, qui tend à diminuer la gravité et l'importance de l'infirmité en question, il est équitable de présenter ici le résumé d'une observation, dont le regretté professeur Parise (de Lille) aurait lui-même ignoré l'importance et le véritable succès, s'il faut en croire le mutilé.

Un garçon de 13 ans a la main prise par l'engrenage d'un métier à peigner le lin. Le pouce est complètement détaché. L'index et le médius sont broyés.

A l'hôpital Saint-Sauveur, où le blessé est transporté, on rapproche les débris du médius de ceux de l'index, après avoir enlevé une série d'esquilles devenues libres.

Les diverses plaies étant cicatrisées après élimination des parties sphacélées, le membre est impuissant pendant une année environ.

Peu à peu cet enfant utilise ce qui lui reste en exerçant diverses professions manuelles. Il ne songe même pas à tenter l'écriture proprement dite : il se contente d'écrire des chiffres et de savoir signer son nom; mais il se livre à des travaux variés, tantôt de force, tantôt d'adresse, et il est arrivé à faire subir à son premier doigt une série de modifications jusqu'à en faire en quelque sorte un nouveau pouce.

Actuellement, vingt-quatre ans après l'accident, cet homme est marchand de légumes, et, comme tel, il est seul pour cultiver sa terre, porter des fardeaux, conduire son cheval. Dans toutes ces circons-

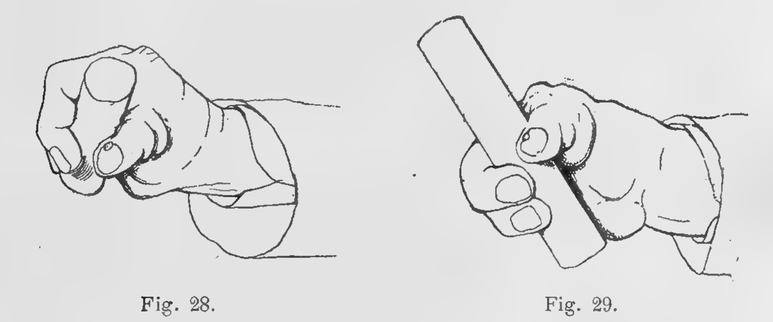


Fig. 28. Fig. 29.

tances, il se sert de son premier doigt comme d'un pouce véritable et l'oppose très aisément aux deux autres doigts, ainsi que le montre la figure prise au moment où il manœuvre une manivelle (*fig.* 28), et aussi celle qui représente la fin d'un coup de marteau (*fig.* 29).

En examinant attentivement ce premier doigt, on trouve, sur le côté

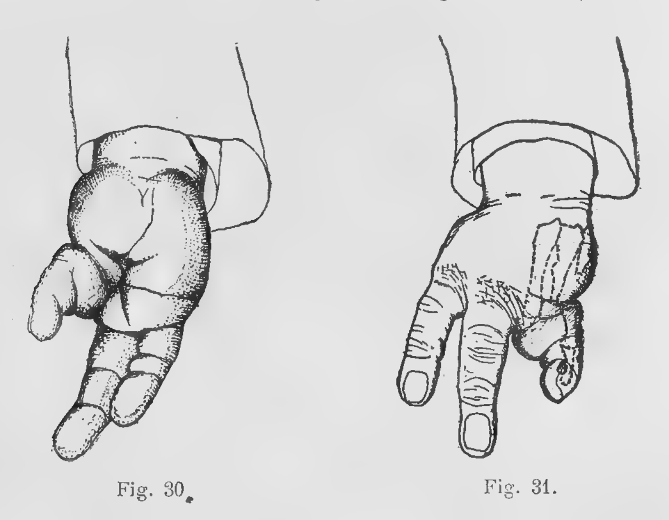


Fig. 30. Fig. 31.

interne, d'un ongle conservé dans sa totalité et conformé d'une façon régulière, un autre petit ongle, plus épais que le premier, suivant une

direction à peu près perpendiculaire à celle de l'autre, et donnant encore à L... la sensation d'une partie appartenant à un autre doigt.

De toutes les cicatrices, la seule notable est celle que représente le dessin de la face dorsale, sous la forme d'un pointillé dirigé longitudinalement depuis l'ongle jusque vers le milieu de la région métacarpienne. L'un des bords appartiendrait à un doigt et l'autre au doigt voisin.

L'exploration du squelette se fait sans grande difficulté ; elle est d'ailleurs contrôlée par ce que donnent les mouvements très peu étendus plus faciles à sentir qu'à voir dans toutes les parties intéressées par la mutilation.

Un débris du premier métacarpien, très étroit vers son sommet qui se perd dans le tissu cicatriciel, se trouve accolé, en avant et presque en dedans du second; sa longueur est de 25 millimètres, tandis que celle du congénère est de 55.



Fig. 32.

Le second métacarpien, de 2 centimètres plus court que le troisième, est incliné vers la face palmaire et aussi vers la ligne médiane de la main; son extrémité inférieure, manifestement atrophiée (comme celle du premier), se perd dans la cicatrice ; il semble que vers le milieu de sa longueur se trouve une sorte de cal peu épais. Au-dessus de ces deux os se trouve une masse charnue, de consistance plutôt graisseuse que musculaire ; on trouve toutefois, dans les efforts que fait le sujet, quelques parties qui durcissent et font un soubresaut au moment d'un geste ou d'un effort du pouce ou de l'index. Rien de ces mouvements ne se propage dans le nouveau pouce.

Le troisième métacarpien est intact. En avant de la tête de cet os s'articule la phalange métacarpienne. Celle-ci forme avec son métacarpien un angle d'environ 60 degrés qui regarde vers l'éminence thénar, et se trouve dans un plan absolument perpendiculaire au plan de la main. La face dorsale de cette phalange métacarpienne regarde en dehors, alors que la face dorsale des os correspondants de l'annulaire et de l'auriculaire regardent bien et dûment en arrière. L'articulation métacarpo-phalangienne est donc à l'état d'ankylose fibreuse dans une situation absolument anormale. La phalange métacarpienne est recouverte du côté dorsal par une cicatrice assez adhérente ; elle est recouverte du côté palmaire par deux épais bourrelets graisseux dont l'un lui appartient exactement, et dont l'autre appartenait primitivement à la paume de la main où elle recouvrait les deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes. Les deux phalanges moyenne et unguéale sont tellement immobiles l'une sur l'autre qu'on les croirait soudées. La palpation permet toutefois de les différencier l'une de l'autre et même de

leur attribuer quelques mouvements de flexion et d'extension. L'articulation phalango-phalanginienne est absolument étrange par sa laxité très étendue. Aucun mouvement spontané ne peut être découvert à ce niveau ; mais les mouvements communiqués permettent des déplacements de 1 centimètre d'étendue aussi bien dans le sens antéro-postérieur que dans le sens latéral. La constatation de cette laxité permet de reconnaître que la petite cavité glénoïde de la phalange moyenne demeure toujours en rapport avec le bord interne devenu inférieur de la phalange métacarpienne ; il permet surtout de juger du contraste entre la dimension de la cavité glénoïde, qui est normale, et celle de la tête de la phalange métacarpienne, qui ne dépasse guère 5 millimètres. La longueur de la phalange moyenne est exactement celle de la partie correspondante de l'index gauche; la phalange moyenne du médius est de 4 millimètres plus longue : elle est d'ailleurs plus épaisse. Il n'est donc pas invraisemblable (bien que le sujet ne puisse le préciser) que le squelette de la partie terminale appartient à l'index, tandis que le reste appartient au médius.

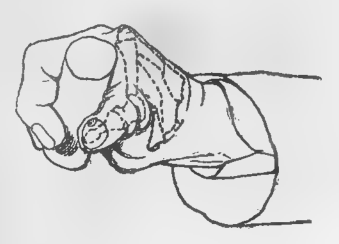


Fig. 33.

La direction de la cicatrice dorsale se prolonge sans interruption depuis la partie latérale interne du dos du doigt jusqu'au sommet du second métacarpien. La cicatrice profonde semble établir la même continuité en rejetant vers le côté palmaire la phalange métacarpienne ci-dessus décrite.

Si l'on cherche à connaître ce qui reste des éléments musculaires et tendineux, on trouve la preuve de la conservation des tendons fléchisseurs; mais on constate que le rudiment des mouvements d'extension se passe dans l'interosseux dorsal, ce qui explique sa débilité.

Au point de vue fonctionnel, les mouvements de flexion et d'extension n'écartent guère le nouveau pouce de la position que représente la figure. En passant du maximum de l'extension au maximum de la flexion, l'extrémité du doigt décrit un arc de cercle qui ne dépasse guère 10°. Entre le maximum de l'abduction et le maximum de l'opposition, l'étendue du mouvement n'est pas sensiblement plus grande; d'où il résulte que si ce doigt ne se trouvait à l'état d'ankylose fibreuse dans le geste de l'opposition, il ne donnerait pas son important et très remarquable fonctionnement du pouce.

Il est vraiment regrettable que le chirurgien de mérite, qui a obtenu un aussi remarquable résultat, ait lui-même ignoré son propre succès. C'est l'étude attentive, renouvelée et détaillée de ce fait important, qui m'a inspiré une tentative de cheiroplastie, malgré les conditions désavantageuses réunies dans mon cas particulier : perte complète de tout organe extenseur, âge déjà avancé

de mon opérée, son peu de zèle et son manque d'ingéniosité, et quelques autres circonstances sur lesquelles il n'y a pas lieu d'insister.

Un autre chirurgien viendra plus tard, il faut l'espérer, qui, plus favorisé par les circonstances, aura la satisfaction de réaliser une restauration plus complète du pouce.

Présentation de malade.

M. Berger présente un malade qui a subi la résection totale du maxillaire supérieur gauche pour un sarcome ossifiant de cet os et pour lequel M. Desjardins a construit un appareil prothétique ingénieux.

Cet appareil non seulement soutient la joue, restaure l'arcade

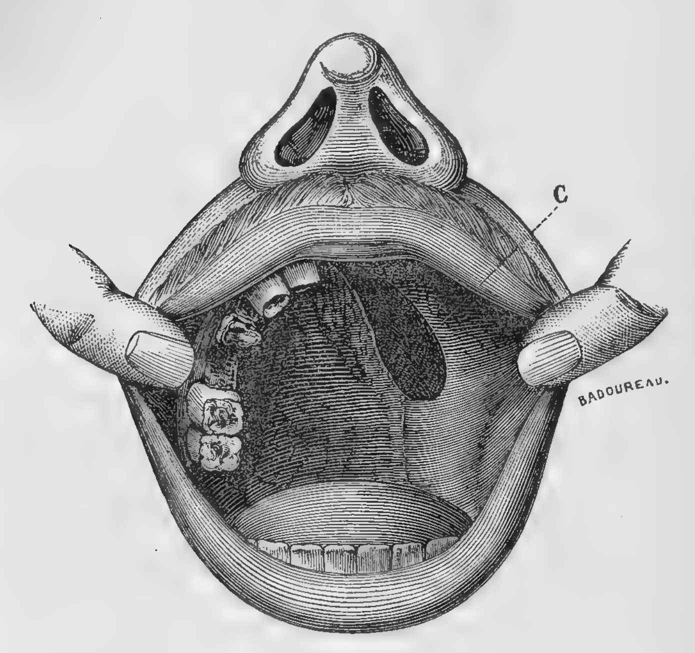


Fig. 1.

C, perforation de la voûte palatine conduisant dans les fosses nasales.

alvéolaire et la rangée dentaire gauche absentes, comble la perte de substance qui fait communiquer la bouche avec les fosses nasales en travers de la moitié gauche de la voûte palatine, mais il présente une sorte de fenêtre, pratiquée au niveau de la moi-

tié droite de cette voûte, fenêtre qui laisse à découvert la muqueuse palatine, et permet le contact de celle-ci avec la langue et les aliments.

Il résulte de cette disposition que le rétablissement des fonctions est aussi complet que celui de la forme. La gustation, la mastication, la déglutition peuvent s'opérer sans aucun trouble et la phonation est normale.

Au point de vue du résultat opératoire, M. Berger fait observer que son malade a conservé son œil gauche au même niveau que

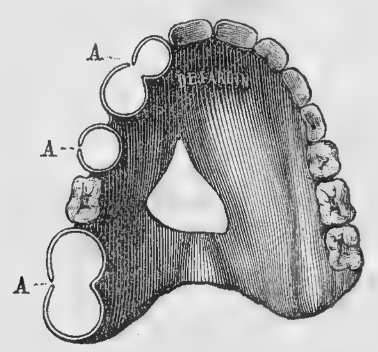


Fig. 2.

Appareil comblant la partie réséquée ; A, crochets maintenant l'armature.

l'œil droit et qu'il n'y a pas d'ectropion. Ce résultat est obtenu par une section très oblique du plancher de l'orbite qui laisse intacte toute sa moitié externe. Cet opéré, néanmoins, a eu une petite complication consécutive peu décrite : une tumeur lacrymale résultant de l'oblitération du canal nasal, et ayant nécessité la section du canal lacrymal inférieur.

Pour diminuer l'étendue de la perte de substance de la voûte palatine, M. Berger a suturé la muqueuse palatine à la muqueuse de la joue dans la partie postérieure de l'ouverture palatine creusée par l'opération.

La trachéotomie préventive n'a pas été pratiquée, non plus que dans aucune des résections du maxillaire supérieur que M. Berger a faites jusqu'à ce jour. Il n'y a eu aucune complication respiratoire, quoique le malade fût dans la résolution chloroformique complète. Grâce au tamponnement à l'iodoforme et à l'emploi des lavages avec la solution de chloral au centième, il a guéri sans fièvre.

La séance est levée à 5 heures 5 minutes.

Le Secrétaire,
E. DELENS.

Séance du 4 août 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Les *Bulletins de l'Académie royale de Belgique,* t. XX, n° 6; un numéro du *British medical Journal* et de la *Gazetta medica Italiana Lombardia;*

3° M. le Dr Fontorbe, professeur à l'École de médecine navale de Rochefort, adresse à la Société une observation intitulée : *Fibromes multiples; amputation simultanée des deux seins; guérison* (commissaire : M. Humbert) ;

4° M. Trélat dépose, au nom de M. le Dr Brodeur, pour le concours du prix Duval, pour 1886, sa thèse inaugurale intitulée : *De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein.*

Suite de la discussion sur le traitement des fractures.

M. Trélat. J'étais absent lors de la communication de M. Lucas-Championnière. Je désire néanmoins ajouter quelques mots à la discussion sur le traitement des fractures par le massage et l'absence d'immobilisation, car il me semble que nos collègues ont été un peu loin.

Le traitement des fractures comprend nécessairement des indications multiples; une thérapeutique qui s'adresse à un seul élément peut être à l'occasion suffisante; elle n'est jamais parfaite.

M. Richelot est venu nous dire un jour que, dans la fracture de la rotule, il y a un élément prédominant, l'impotence musculaire, et notre collègue d'Amsterdam, M. Tilanus, a été jusqu'à dire : « Il faut traiter les fractures de la rotule *par le massage.* » Oui, je veux bien qu'on songe non seulement à l'accident initial, à la fracture, mais aussi à sa complication, à l'impotence musculaire, qui

pourrait avoir plus tard des effets désastreux. Mais M. Tilanus n'a-t-il pas exagéré, en prétendant qu'il ne fallait plus du tout s'occuper de la fracture? Je ne voudrais pas qu'on tombât dans la même exagération pour les fractures du péroné. Massage, bande élastique, tout cela est fort bien et remédie aux complications; mais faut-il oublier pour cela que le péroné est brisé? J'ai eu, pour ma part, une luxation du coude, que je me suis réduite moi-même, et qui s'accompagnait d'une fracture de l'épitrochlée. Celle-ci a été méconnue, traitée comme le veulent nos collègues (exercice, bains de mer, etc.), et j'en ai souffert pendant huit ou dix mois. Je m'appuie sur ce petit exemple pour vous dire que je continuerai à soigner les fractures, même sans déplacement, par l'immobilité parfaite, dans une position parfaite, mais en ne prolongeant l'appareil que juste le temps nécessaire. Je reconnais que nos devanciers faisaient durer trop longtemps l'immobilité; ils avaient ainsi des raideurs graves, qu'ils aggravaient encore en les traitant par le repos. Il faut trois semaines d'appareil, et non six, pour une fracture du radius sans déplacement. Les malades ainsi traités récupèrent les mouvements en huit jours. Pour la fracture du péroné, il faut que le pied soit parfaitement à angle droit; autrement, c'est tout un travail que de vaincre la raideur consécutive. Autrefois, je laissais l'appareil cinq ou six semaines; aujourd'hui, je le laisse un mois; je ne demande pas mieux que de restreindre encore la durée du traitement.

En résumé, une fracture est un accident complexe; nous découvrons de temps à autre une indication qui avait été négligée, et nous avons raison de la suivre; mais il n'en résulte pas, selon moi, qu'on doive tout oublier pour n'en suivre qu'une seule.

M. Lucas-Championnière. Je rappellerai d'abord que Bourguet (d'Aix) avait fait, dans des cas de fractures du radius, des tentatives qui se rapprochent du traitement que j'ai indiqué dans ma communication. Ces faits se trouvent dans le *Bulletin de thérapeutique* d'il y a treize ans. Notre confrère plaçait l'avant-bras entre deux attelles, puis faisait de la « malaxation », c'est-à-dire du massage, et de l'« extension intermittente », en faisant soulever des poids au blessé.

Je répondrai à M. Trélat sur un seul point : il ne s'agit pas de discuter des nuances de pratique, et de chercher si un appareil doit être laissé plus ou moins longtemps dans les divers cas. Le fait nouveau est celui-ci : vous prenez une fracture, vous la massez, vous la manipulez impunément, au mépris de la lésion osseuse; et vous avez une restitution fonctionnelle rapide et complète, vous étant passé absolument d'appareil.

M. Trélat. Voilà un fait bizarre, et sur lequel je ne veux élever aucune contestation. Je dis seulement que ce mode de traitement peut avoir ses inconvénients et ses dangers, et qu'il a besoin d'être sanctionné par une expérience plus longue.

M. Lucas-Championnière. Ce mode de traitement n'est pas une vue de l'esprit, et je ne l'ai proposé qu'après l'avoir éprouvé depuis deux ans. Sa valeur repose déjà sur un nombre sérieux d'observations ; une partie seulement des faits qui me sont propres ont été communiqués à la Société.

M. Farabeuf. M. Dubrueil (de Montpellier) a présenté il y a quatre ou cinq ans, si je ne me trompe, des faits analogues à la Société de chirurgie ; peut-être ont-ils passé trop inaperçus.

Communication.

Sur l'épiphyse inférieure de l'humérus et son décollement traumatique,

Par M. Farabeuf.

Depuis que je sais comment se développe l'extrémité inférieure de l'humérus, j'ai eu souvent l'occasion d'entendre ou de lire ce que j'appellerai des énormités anatomiques et chirurgicales sur le décollement traumatique de l'épiphyse humérale inférieure.

Ne lit-on pas encore dans un grand nombre d'ouvrages classiques que cette épiphyse résulte de la soudure de quatre points primitifs (épitrochlée, trochlée, condyle, épicondyle), et qu'elle comprend cette partie de l'humérus que les anatomistes décrivent sous le nom d'extrémité inférieure de l'humérus?

Dans la citation suivante, il n'y a pas de vague : « Fracture suivant une ligne passant immédiatement au-dessus de l'épicondyle et de l'épitrochlée, comprenant une petite portion de la cavité olécranienne....., c'est-à-dire au niveau du cartilage de conjugaison. » (*Bull. Soc. de chir.*, 1875, p. 771.)

Cette affirmation n'a pas fait broncher P. Bruns qui, dans son article (*Arch. für Klin. Chir. de Langenbeck*, XXVII, 1882), range les deux cas relatés dans nos Bulletins parmi les quatre cas avérés du décollement de l'épiphyse inférieure de l'humérus!

Les deux autres faits cités par Bruns viennent l'un de Champion, de Bar-le-Duc (*Journal complémentaire du Dict. de méd.*, I, p. 323, art. signé : Laurent), l'autre de Hamilton.

Ce dernier auteur manque de précision dans son texte ; il en a trop dans la figure qu'il donne et qui représente une fracture horizontale traversant les cavités sus-trochléennes.

Manquat (*Th. de Paris*, 1877) ne connait pas non plus le développement de l'humérus (p. 20).

On en peut dire autant de Stimson (*Treatise on fracture*, Philadelphie, 1883).

Évidemment le travail publié par Smith [*On Disjunction of the epiphysis of the humerus* (*Dublin quarterley Journal of med. Science*, IX, février 1850, p. 63 à 74)], est resté lettre morte, malgré l'analyse publiée (*Bull. gén. de thérap.*, 1850, XXXIX, p. 167 à 170), malgré les leçons de Giraldès si attentif aux publications anglaises, malgré la traduction de l'ouvrage de Holmes (*Thérapeutique des mal. chir. des enfants*, 1870, p. 410).

Il est vrai que Holmes semble n'accepter que « par déférence pour le professeur Smith » la distinction entre les fractures *sus*-condyliennes dont le trait passe au-dessus des éminences latérales de l'humérus et les fractures *sous*-condyliennes dont le trait passe au-dessous de ces mêmes éminences suivant plus ou moins exactement la ligne de jonction épiphysaire.

Cette distinction va contre l'enseignement de Dupuytren, Vidal et Malgaigne. C'est pour cela sans doute qu'elle a encore besoin d'être appuyée.

Je crois fondée, encore aujourd'hui, l'assertion déjà vieille de Smith. La plupart des chirurgiens, disait-il, ont le tort de croire que la ligne interdiaphyso-épiphysaire passe au-dessus des éminences latérales de l'humérus et que par conséquent le décollement épiphysaire n'a pas d'autres symptômes appréciables aux doigts que ceux de la fracture transversale de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Il m'a paru possible et utile d'apporter, dans cette petite question, assez de précision anatomique pour qu'à l'avenir l'opinion de Smith, Giraldès et autres qui ont bien vu, ne rencontre plus de contradicteurs et ne disparaisse pas noyée, étouffée sous des observations mal prises par des jeunes gens ou des chirurgiens ignorant la constitution de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant et l'adolescent.

Au moment de la naissance, l'extrémité inférieure de l'humérus, tout entière, est cartilagineuse (*fig.* 1).

Le décollement en masse en est donc possible.

Bientôt, la diaphyse osseuse s'avance, s'élargit, s'épaissit de chaque côté pour ébaucher les éminences latérales, encadrer la cavité olécranienne et fournir une âme osseuse et diaphysaire à

la trochlée cartilagineuse embrassée par le crochet cubital (*fig.* 2).

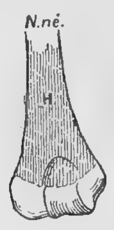


Fig. 1.

Humérus de nouveau-né. L'extrémité inférieure est formée d'un seul bloc cartilagineux dont le décollement total paraît facile. Sur le bout diaphysaire aplati on distingue la cavité olécranienne et les deux piliers latéraux qui l'encadrent et vont envahir la trochlée.

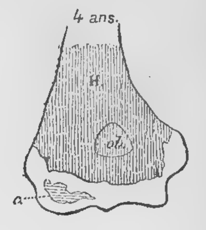


Fig. 2.

Coupe verticale de l'extrémité inférieure d'un humérus de 4 ans. H, diaphyse; *c*, point osseux condylien. Déjà la cavité olécranienne *ol* est largement dépassée par la diaphyse osseuse qui s'avance profondément dans l'épaisseur de la trochlée.

De bonne heure donc, la diaphyse humérale pénètre la trochlée

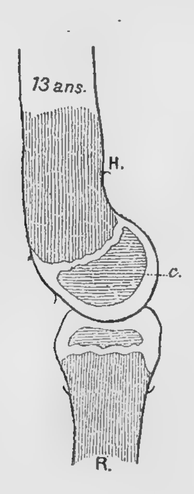


Fig. 3.

Coupe verticale antéro-postérieure de l'articulation huméro-radiale à 13 ans. H, diaphyse humérale; *c*, point osseux condylien volumineux; R, radius; sa diaphyse surmontée du point épiphysaire céphalique.

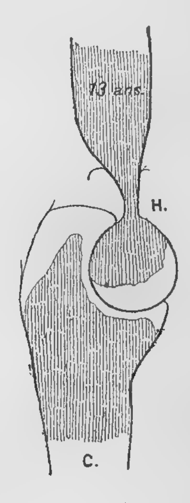


Fig. 4.

Coupe verticale antéro-postérieure de l'articulation huméro-cubitale au milieu de la gorge de la trochlée, 13 ans. On voit la diaphyse H descendre et former seule à cet âge la masse osseuse de cette région de la poulie.

et soutient la partie épiphysaire dont le décollement doit être fort difficile et fort rare à partir de l'âge de 4 ans.

Pour le condyle, c'est différent.

Cette partie épiphysaire n'est point envahie, consolidée, par un prolongement de la diaphyse. Les figures 3, 4 et 5 en fournissent la preuve.

Pendant la flexion de l'avant-bras, la masse condylienne reçoit d'avant en arrière la poussée du radius, poussée bien dirigée pour

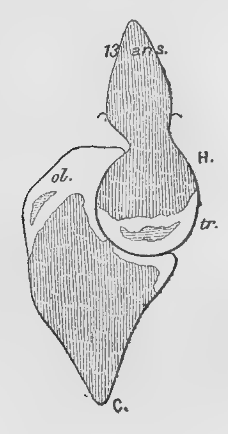


Fig. 5.

Coupe verticale antéro-postérieure de l'articulation huméro-cubitale, près du bord interne de la trochlée et de l'olécrâne. H, diaphyse humérale pénétrant dans la trochlée; *tr*, point osseux trochléen; C, diaphyse cubitale; *ol*, épiphyse olécranienne.

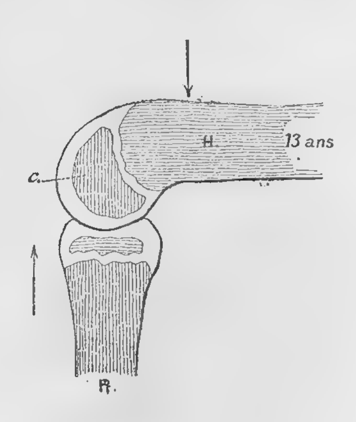


Fig. 6.

Coupe verticale antéro-postérieure de l'articulation huméro-radiale fléchie; 13 ans. H, humérus; R, radius. Deux forces agissant en sens contraire, comme les deux flèches, doivent produire le décollement de l'épiphyse condylienne *c*.

produire le décollement si elle est rendue suffisante par une chute sur le talon de la main ou un choc rétro-huméral (*fig.* 6).

C'est dans la masse cartilagineuse condylienne qu'apparaît le premier point osseux de l'épiphyse humérale inférieure. Cette apparition a lieu ordinairement dans le cours de la deuxième année, quelquefois au commencement même de cette année (treize mois, onze jours; — Musée Broca).

Le condyle osseux prend un développement assez grand et assez rapide; il forme bientôt une masse hémisphérique dirigeant en bas et en avant, vers la cupule radiale, sa surface convexe; en haut et en arrière vers l'extrémité diaphysaire sa surface plane ou légèrement excavée.

En longueur, le point osseux condylien envahit la lèvre externe de la trochlée et s'arrête aminci, au fond de la gorge où il attend pendant dix années et plus, l'apparition et la jonction de la plaque

osseuse qui se développera dans la masse cartilagineuse de la lèvre et du versant internes de la trochlée.

Un petit noyau épicondylien, à peu près contemporain du point trochléen, se développe en dehors et au-dessus du condyle osseux avec lequel il ne tarde pas à s'unir (*fig.* 7).

De sorte que, vers la quatorzième ou quinzième année, l'épiphyse inférieure, résultat de la soudure des trois points condylien, épi-

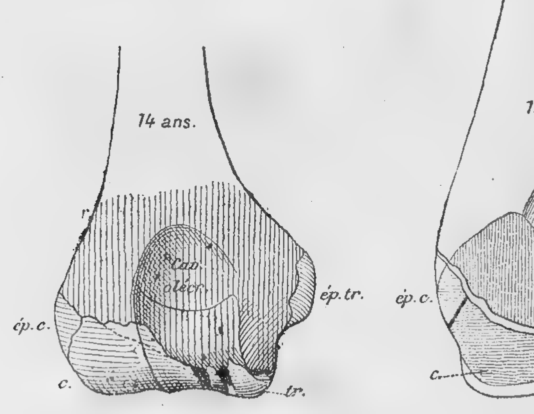


Fig. 7.

Face postérieure de l'extrémité inférieure d'un humérus gauche de 14 ans. *ép. tr,* point spécial à l'épitrochlée; *ép. c,* point de l'épicondyle en voie de soudure avec *c* l'énorme point condylien qui s'avance lui-même à la rencontre de *tr* le point de la lèvre interne de la trochlée. On voit que la partie principale de la masse trochléenne est formée par la diaphyse.

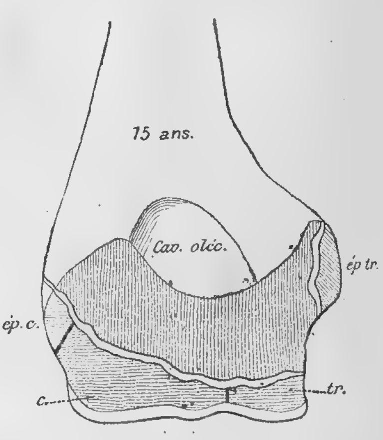


Fig. 8.

Coupe transversale oblique de l'extrémité inférieure d'un humérus gauche de 15 ans. L'épiphyse inférieure est parfaitement constituée par l'union des trois points épicondylien *ép. c,* condylien *c* et trochléen *tr.* La ligne interdiaphyso-épiphysaire est fortement oblique en bas et en dedans. Le point osseux épitrochléen *ép. tr* est tout à fait isolé.

condylien et trochléen, forme une seule pièce encore séparée de la diaphyse par le cartilage interdiaphyso-épiphysaire obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans (*fig.* 8).

Si un décollement épiphysaire se produisait à cette époque, parfait, tel qu'il résulterait de la macération, la pièce détachée serait épaisse en dehors de toute la hauteur du condyle, mince en dedans puisque, je le répète, la diaphyse osseuse pénètre la trochlée jusqu'au dessous de l'axe de cette partie. Cela se voit sur les figures 4, 5, 7 et 8.

Le point osseux qui se développe dans le sommet du cartilage primitif de l'épitrochlée n'a rien à voir avec l'épiphyse articulaire

inférieure de l'humérus. Il en reste toujours séparé par une grande partie de la hauteur de la face interne de la trochlée qui dérive de la diaphyse (*fig.* 7 et 8).

Le point osseux épitrochléen peut sans doute être décollé par le traumatisme ou l'action musculaire, car, apparu souvent dès le cours de la quatrième année, il demeure distinct pendant douze ans et plus.

La connaissance de ces faits nous fait préjuger la vérité au sujet du véritable décollement épiphysaire de l'extrémité cubitale de l'humérus.

La meilleure condition pour qu'il se produise, c'est un choc rétro-huméral pendant que l'avant-bras est fléchi et la main appuyée sur une table ou sur le sol (*fig.* 6).

Le radius fait sauter l'épiphyse condylienne qui se détache obliquement emportant plus ou moins de l'épicondyle et plus ou moins du cartilage, ossifié ou non, qui revêt la trochlée diaphysaire. Le trait est celui de la pièce que je mets sous vos yeux et qui a été obtenue sur le cadavre d'un garçon de 13 ans (*fig.* 9).

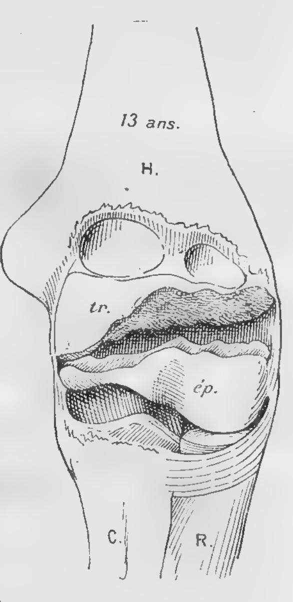


Fig. 9.

Décollement de l'épiphyse humérale inférieure; 13 ans. Expérience cadavérique; choc rétro-huméral, l'avant-bras étant fléchi et la main appuyée sur une table. C, cubitus; R, radius; H, humérus; *tr*, trochlée humérale en grande partie intacte; *ép*, épiphyse décollée. Le petit noyau osseux de la lèvre interne de la trochlée, non encore soudé au condyle osseux, est resté adhérent à la diaphyse.

C'est la direction de la fracture oblique du condyle que, depuis Malgaigne, l'on dit presque spéciale aux adolescents.

Si le radius fléchi et appuyé contribue efficacement à décoller l'épiphyse, il n'en est pas de même du cubitus dont le crochet coronoïdien, pendant la flexion, s'avance de manière à s'arcbouter sur la partie diaphysaire de la trochlée, comme on peut le deviner au seul aspect des figures 4 et 5.

Je vais supposer un décollement total de l'épiphyse articulaire humérale inférieure. Quels en seront les signes différentiels? D'abord, remarquons-le bien, le fragment diaphysaire, l'humérus, projeté en avant, emporte avec lui ses éminences latérales, épitrochlée intacte et épicondyle dont la partie inférieure seule a pu

rester avec le condyle. Donc la largeur du bout inférieur de l'humérus reste, du côté lésé, absolument égale à celle du côté sain et les saillies latérales ont perdu leurs rapports avec l'olécrâne. Il en est ainsi dans la luxation commune du coude. Il n'en est pas ainsi dans la fracture sus-condylienne, c'est-à-dire sus-tubérositaire ordinaire.

La palpation de la région olécranienne d'un coude luxé révèle la cupule radiale en dehors et au-dessous, loin du sommet olécranien.

Au contraire, dans le décollement épiphysaire vrai ou fracture sous-tubérositaire, le doigt sent le fragment condylien en place, également en dehors de l'olécrâne, mais à une faible distance du sommet de cette apophyse.

Lecture.

M. Chavasse, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lit une *Observation de kyste branchial athéromateux sous-hyoidien, rattaché à l'os hyoïde par un pédicule.* (Commission : MM. Tillaux, Farabeuf, Kirmisson, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 11 août 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine;

2° La thèse de M. le Dr Gabriel Roux, intitulée : *Des complications pulmonaires de la hernie étranglée et de leur pathogénie;*

3° Une lettre de M. le Dr Demons (de Bordeaux), membre correspondant, annonçant l'envoi d'une observation de *pneumotomie ;*

4° Un travail de M. Fleury (de Clermont-Ferrand), membre correspondant, intitulé : *Quelques considérations sur l'état de l'intestin dans la hernie étranglée.* Il sera donné lecture de ce travail dans une des séances prochaines.

A propos du procès-verbal.

M. Després déclare qu'il est en partie d'accord avec M. Lucas-Championnière sur le traitement de certaines fractures sans immobilité. Il y a longtemps que la Société de chirurgie, et en particulier Giraldès, ont posé en principe que, dans les fractures du coude, l'appareil était souvent plus nuisible qu'utile, et qu'il fallait faire des mouvements précoces. Dans toute fracture articulaire, il faut d'abord traiter la douleur par le repos, puis, la douleur disparue, mouvoir l'articulation pour prévenir l'ankylose.

M. Reclus a vu, il y a un mois, au petit lycée Louis-le-Grand, un enfant de 8 ans qui s'était fait une fracture de l'olécrâne. L'appareil plâtré qu'il appliqua fut bientôt mobile et hors d'usage. Après quelque hésitation, M. Reclus, se rappelant la communication de M. Lucas-Championnière, laissa l'appareil tel quel et l'ôta le vingtième jour ; il y avait un cal fibreux très court et les mouvements étaient excellents. Le même jour, l'enfant se fractura l'autre olécrâne ; M. Reclus mit un appareil plâtré qui devint mobile aussi vite que le précédent, le laissa dix-huit jours et obtint de ce côté un aussi bon résultat. On peut conclure de ce double fait que la fracture de l'olécrâne, au moins chez les enfants, peut guérir sans une immobilité absolue.

M. Lucas-Championnière remercie ses collègues de leur adhésion ; mais il ne s'agissait pas, dans sa communication, de la mobilisation plus ou moins précoce des fractures articulaires en général. Mobilisation et massage sont deux choses absolument distinctes. Il y a deux fractures, celle du radius et celle du cubitus, sur lesquelles le massage a des effets absolument merveilleux ; elles supportent très bien les mouvements ; quand on les soumet à ce traitement, la mobilité et les fonctions du membre reparaissent bien avant qu'il ne soit question de consolidation pour la fracture. Voilà le fait ; c'est une expérience bien simple à répéter ; faites-la vous-mêmes, et vous serez convaincus.

M. Berger. Il semblerait, à entendre M. Lucas-Championnière, qu'on doive traiter toutes les fractures du péroné par le massage.

Or, il y a des indications multiples à remplir, et il faut se garder de l'empirisme. Même parmi les simples fractures par arrachement, il en est qui se compliquent d'écartement, d'élargissement de la mortaise. J'ai vu des malades, après des lésions de ce genre, marcher mal par le fait d'une laxité articulaire persistante. Dans ces cas, on serait mal venu à traiter la fracture par le massage et la mobilisation ; il faut un appareil pour remédier à l'écartement.

D'ailleurs, il ne faut pas croire qu'après un mois d'appareil, les malades aient une raideur grave ; la plupart, après ce laps de temps, fonctionnent parfaitement.

J'en dirai autant des fractures du radius. Ne voyons-nous pas tous les jours des malades qui n'ont pas été contenus, et qui viennent nous consulter avec de grandes déformations ?

M. Horteloup. C'est un vétérinaire du nom de Girard qui a fait, le premier, une communication à l'Académie sur le traitement des fractures du péroné par le massage.

Il importe de rappeler qu'il y a des cas où le massage ne réussit pas du tout, et où les malades souffrent horriblement ; le massage ne doit pas être fait indistinctement par tout le monde.

M. Lucas-Championnière. J'ai dit, tout le premier, qu'il y a des fractures avec grands déplacements, qui échappent au traitement que j'ai indiqué. C'est par là que j'ai commencé ; il était donc inutile de le rappeler, et de tant insister sur l'impossibilité de se conduire de la même manière avec toutes les fractures.

Quant au massage, sans doute il peut être mal fait ; mais, en vérité, la difficulté n'est pas grande, il suffit d'un peu de soin et d'un court apprentissage.

Rapport.

Cinq observations, par le Dr Ferret, chirurgien de l'hôpital de Meaux.

Rapport par M. Polaillon.

M. le Dr Ferret a adressé à la Société cinq observations sur des sujets divers. Je n'insisterai que sur celles qui me paraissent offrir le plus d'intérêt.

Observation I. — *Hématocèle spontanée de la tunique vaginale. — Guérison par l'incision et le pansement de Lister.*

Un homme, de 32 ans, portait depuis six ans une hématocèle de la tunique vaginale gauche, mesurant 20 centimètres dans son diamètre

vertical et 12 centimètres dans son diamètre transversal. M. Ferret se borna à inciser la tumeur suivant son grand axe, à donner issue à 500 grammes d'un liquide épais et brunâtre, à laver soigneusement la poche avec une solution phéniquée au vingtième, et à suturer l'incision après avoir établi un drain entre ses lèvres. Bien que les parois du scrotum fussent épaisses d'environ 2 centimètres, et qu'elles n'eussent aucune tendance à se rapprocher, une compression méthodique amena leur adhésion sans suppuration et, au dire de M. Ferret, une guérison de l'hématocèle.

Cette interprétation me paraît exagérée. Le patient a seulement guéri de son opération et s'en est trouvé amélioré. Mais il n'a pas guéri de son hématocèle. Une hématocèle aussi volumineuse, avec des parois épaisses de 2 centimètres, ne peut guérir par la simple incision, comme lorsque les parois du scrotum sont souples et reviennent sur elles-mêmes. La tumeur aura sans doute considérablement diminué de volume, mais les couches plastiques, qui entouraient le scrotum, subsistaient. La décortication aurait été le seul moyen qui eût amené une guérison définitive, en supposant que la décortication eût été faisable, et qu'il n'eût pas fallu recourir d'emblée à une castration.

Néanmoins, l'opération de M. Ferret, que je ne puis considérer que comme palliative, a eu ce résultat heureux de soulager le patient et de conserver le testicule d'un homme encore jeune. Mais il reste exposé à un accroissement de sa tumeur par de nouveaux épanchements sanguins, à des poussées inflammatoires, en un mot à tous les accidents de l'hématocèle.

Obs. II. — *Infection purulente. — Arthrotomie du genou droit. — Guérison avec conservation des fonctions de l'articulation.*

A la suite d'une plaie de l'index gauche, un homme de 27 ans voit survenir un large phlegmon dans la région sous-pectorale du même côté. La suppuration de ce phlegmon s'accompagne d'un appareil fébrile intense, avec grand frisson, délire, diarrhée. Les frissons se renouvellent les jours suivants, la peau et les sclérotiques prennent la teinte ictérique spéciale de l'infection purulente. L'urine contient de l'albumine. Un épanchement douloureux se forme dans le genou. Les phénomènes s'aggravent encore et une nouvelle collection purulente se produit à la face dorsale du poignet droit. M. Ferret incise les foyers purulents de la région sous-claviculaire et du poignet, et les lave soigneusement avec de l'eau phéniquée. Les phénomènes généraux s'amendent un peu. Mais la fièvre persiste et semble dépendre de l'arthrite du genou, qu'une ponction démontre être de nature purulente.

M. Ferret ouvre alors l'articulation par deux incisions latérales, lave la cavité articulaire avec une solution phéniquée, établit des drains et applique un pansement de Lister.

Cependant le genou continue à suppurer malgré les pansements et les lavages antiseptiques. En explorant l'articulation avec le doigt, M. Ferret la trouve cloisonnée par des fausses membranes, qui empêchent le libre écoulement des liquides. Il se décide alors à ouvrir très largement le genou par une incision transversale venant gagner les deux incisions latérales, de manière à obtenir un grand lambeau comprenant la rotule, et permettant de voir tout l'intérieur de l'articulation lorsqu'on rabat ce lambeau sur la jambe. La cavité articulaire est alors minutieusement débarrassée du pus et des produits inflammatoires qui l'encombrent, et le membre est immobilisé dans un appareil plâtré. A partir de ce moment, la cicatrisation s'opère régulièrement. Au bout d'une année, le genou malade avait recouvré sa solidité et ses mouvements normaux. L'opéré pouvait marcher, courir et se livrer à un travail fatigant.

Obs. III. — *Fracture de cuisse. — Résorption du cal au soixante-dixième jour sous l'influence d'un érysipèle.*

Cette observation confirme un fait qui n'est pas très rare, à savoir le ramollissement et la résorption du cal pendant le cours des fièvres graves. Mais ce qu'elle présente de particulier, c'est non seulement la résorption du cal, mais la formation d'un abcès au niveau de la fracture. Après avoir incisé cet abcès, M. Ferret trouva le fragment supérieur déjeté en dehors et dénudé dans l'étendue de 4 centimètres. Il réséqua toute cette extrémité osseuse et pansa avec la gaze iodoformée. Un appareil à extension continue fut de nouveau appliqué. La consolidation était parfaite en moins de deux mois. Il s'agissait d'un garçon de 17 ans.

Obs. IV. — *Taille hypogastrique pour l'extraction, de la vessie, d'un fragment de sonde métallique.*

Cette observation mérite d'être reproduite *in extenso :*

X..., âgé de 74 ans, vieillard sobre et d'une bonne santé habituelle, est atteint depuis plusieurs années d'une hypertrophie de la prostate qui ne lui permet plus d'uriner autrement qu'en se sondant. L'instrument dont il se sert est une mauvaise sonde en maillechort, cassée depuis longtemps, et dont il assujettit les fragments d'une façon tout à fait primitive.

Je mets cette sonde sous les yeux de la Société.

Le 10 janvier, pendant un cathétérisme qui ne présente pas plus de difficulté que d'habitude, une moitié de la sonde reste dans la vessie. Quelques heures après cet accident, des tentatives d'extraction par l'urèthre sont faites, sans succès, par M. le Dr Chaumel (de Chantilly). Le lendemain, M. Ferret voit le malade avec son confrère, et jugeant imprudentes toutes autres recherches, ils se décident à pratiquer, séance tenante, la taille hypogastrique.

L'opération s'exécute facilement, en suivant les règles tracées par

M. Guyon, avec cette seule restriction qu'il n'est pas fait d'injection vésicale, manœuvre que la distension de la vessie par l'urine rend inutile.

En introduisant le doigt par l'ouverture faite à la vessie, on tombe sur le corps étranger qui est placé obliquement.

La convexité de la sonde regarde en avant. Le bec, tourné en arrière, est placé profondément en haut et à gauche. L'autre extrémité est en avant et à droite, immédiatement en dehors de la base de la prostate. On ramène le bec de la sonde en avant, au niveau de la plaie vésicale, et l'extraction en est dès lors facile.

Ce fragment de sonde mesure en ligne droite, d'une extrémité à l'autre, 13 centimètres.

On applique les tubes de Périer, et la plaie, non suturée, est recouverte d'un pansement de Lister. Une partie de l'urine s'écoule par les tubes; le reste sort directement par la plaie, qui, sous cette influence, prend, dès le troisième jour, l'aspect pultacé grisâtre qu'on observe en pareil cas.

La plaie se rétrécit graduellement, et les drains sont supprimés le douzième jour.

Huit jours après, le malade recommence à se sonder, et évacue ainsi la plus grande partie de l'urine, ce qui favorise la guérison de la fistule hypogastrique dont la cicatrisation était complète le 15 février. A partir de ce moment, aucune goutte d'urine ne s'écoule plus par l'hypogastre, et le malade se trouve exactement dans les mêmes conditions qu'avant l'accident.

Le 20 mars, il éprouve des difficultés à faire pénétrer la sonde, et, sans s'en préoccuper autrement, il reste vingt-quatre heures sans uriner. Sous l'influence de la distension de la vessie, la cicatrice hypogastrique se rouvre, et donne de nouveau passage à l'urine. Depuis cette époque, l'évacuation de l'urine se fait constamment par cette voie, et rien ne sort par le canal.

La fistule vésicale s'ouvre à 3 centimètres au-dessus du pubis par un orifice très petit, et la miction se fait de la façon suivante : le malade éprouve un sentiment de distension de la vessie qui l'avertit que l'écoulement de l'urine va se produire malgré lui s'il tarde trop à uriner. Il vide alors volontairement sa vessie par une contraction brusque des muscles abdominaux.

L'urine sort en un jet qui est projeté à un mètre de distance, et qu'il dirige avec un petit tube métallique conique appliqué sur l'orifice fistuleux.

Dans l'intervalle des mictions, rien ou à peu près ne sort par la fistule, et le malade, qui n'est plus assujetti à se sonder, ne voudrait pour rien au monde être débarrassé de cette infirmité, qu'il considère comme une guérison de sa dysurie.

Cette curieuse opération de taille hypogastrique a permis de voir, d'une façon précise, quelle position affecte un corps étranger rigide et allongé, lorsqu'il est libre dans la vessie. M. Ferret fait

remarquer que cette position confirme sur le vivant les conclusions auxquelles Henriet était arrivé par de nombreuses expériences sur le cadavre, à savoir que les corps étrangers de la vessie se placent obliquement dès que leur longueur dépasse 6 à 7 centimètres.

La cinquième observation de M. Ferret est non moins remarquable que la précédente. Il s'agit d'un *calcul énorme du canal de Wharton.*

Un homme de 55 ans raconte qu'il y a six ans il a vu apparaître subitement un gonflement diffus au niveau de l'angle de la mâchoire à gauche. Cette tuméfaction disparut spontanément au bout de quelques jours, et il n'en resta qu'une petite tumeur dure au niveau de la glande sous-maxillaire, tumeur non douloureuse et ne gênant en rien le malade.

Dans les premiers jours de mars 1884, cette tumeur augmenta de volume, et atteignit, dans l'espace de cinq ou six jours, un développement énorme.

Lorsque le malade se présenta à M. Ferret, le 16 mars, il constata l'existence d'une tuméfaction diffuse de toute la région sous-maxillaire gauche, tuméfaction qui empiétait sur les régions voisines, et s'étendait du côté droit jusqu'à la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire, et en bas jusqu'à deux travers de doigt de la clavicule. Cette tumeur, gênante par son volume, n'était pas douloureuse. Elle était résistante, sans bosselures, sans adhérence de la peau, qui avait conservé son aspect normal.

Les commémoratifs, ainsi que les symptômes actuels, firent penser à une obstruction du canal de Wharton par un calcul. Le cathétérisme vint confirmer ce diagnostic.

Un stylet introduit dans le canal n'arrive sur le calcul qu'à une profondeur d'environ 5 centimètres. Le corps étranger ne fait aucune saillie sur le plancher de la bouche, et n'est pas senti avec le doigt introduit aussi profondément que possible.

Ces circonstances permettent de fixer sa situation à l'origine du canal, au point où, sortant de la glande, ce canal n'est pas encore engagé au-dessus du muscle mylo-hyoïdien. Le calcul n'est pas senti non plus dans la région sous-maxillaire, ce qui s'explique facilement par la tuméfaction des parties molles à ce niveau.

M. Ferret songea d'abord à extraire ce corps étranger par les voies naturelles. Dans ce but, il procéda à la dilatation du canal de Wharton, qu'il poussa rapidement, dans l'espace de quelques jours, au point d'y introduire facilement une pince hémostatique ordinaire. Il arriva ainsi aisément sur le calcul, mais les mors de la pince glissèrent sur lui, et il fut impossible de le saisir.

Cet échec l'obligea à recourir à un autre procédé d'extraction.

Il pratiqua une incision de 7 à 8 centimètres sur le bord inférieur du maxillaire. L'artère faciale ayant été coupée entre deux ligatures, la loge de la glande sous-maxillaire ouverte et la glande abaissée, il

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 46.10.86. *Le Gérant :* G. MASSON.

arriva sur une capsule fibreuse résistante qui enveloppait le calcul. Cette capsule une fois incisée, le doigt toucha une pierre volumineuse qu'il put contourner après avoir détruit ses adhérences. On acquit ainsi une idée à peu près exacte du volume du calcul, qui est tel que, pour l'extraire sans le fragmenter, il faudrait agrandir considérablement l'incision. Sa fragmentation fut, d'ailleurs, facile, et son extraction en fut très simplifiée.

En explorant avec le doigt la loge occupée par le calcul, on reconnut qu'elle répondait à la base de la langue, et qu'elle était en contact avec les parties latérales de l'épiglotte et du larynx.

On appliqua un pansement de Lister après suture de la plaie et drainage. La guérison fut obtenue sans incident dans l'espace de trois semaines.

L'ensemble des fragments retirés pesait, à l'état sec, 9 grammes, et la densité du calcul était de 1,25, ce qui donne pour ce calcul le volume vraiment extraordinaire de plus de 7 centimètres cubes. Ce calcul était d'un blanc jaunâtre, friable et formé de couches concentriques.

Il est regrettable que l'analyse chimique n'en ait pas été faite.

Vous voyez, Messieurs, par l'exposé que je viens de vous faire, que le Dr Ferret conserve avec soin les faits intéressants de sa pratique pour vous les communiquer. Dans ses opérations, il s'est montré chirurgien judicieux et habile. Je vous propose de lui adresser des remerciements et de l'inscrire dans un rang favorable parmi les candidats au titre de membre correspondant.

Communication.

Nouvelle étude sur la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète.

Par M. Jude Hue (de Rouen).

Au mois de janvier 1875, j'adressais à la Société de chirurgie une étude sur la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète[1]. Ce mémoire, appuyé par une observation détaillée et bientôt par une seconde[2], fut l'objet d'un rapport où M. Guéniot, avec son impartialité et sa haute compétence, a signalé ce que mon travail lui paraissait renfermer de pratique et d'original[3].

[1] Jude Hue, *Étude sur la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète*. Présentée à la Société de chirurgie, par M. Paulet, séance du 28 juillet 1875.

[2] *Rupture ano-vulvaire intéressant le rectum externe ; Opération ; Restauration fonctionnelle intégrale*. Observation présentée à la Société de chirurgie, séance du 12 juillet 1876.

[3] *Bull. de la Soc. de Chir.*, séance du 5 avril 1876.

Je ne reviendrai pas sur l'instructive discussion qui suivit : la conversion au procédé que je me proposais d'introduire de la plupart des opposants d'alors ; son adoption, au moins en principe, par MM. Trélat, Tillaux, Verneuil, Terrillon, Monod, Marc Sée, Kirmisson, Schwartz, etc., pour ne citer que des chirurgiens français, m'en dispense. Je voudrais seulement, aujourd'hui que la pratique, de nombreux travaux, plusieurs discussions à la Société de chirurgie ont mis tout le monde au courant, soumettre à la Société, à propos de cinq faits nouveaux, le fruit de quelques réflexions.

I

ÉPOQUE DE L'OPÉRATION.

Quand nous nous trouvons en présence d'une plaie d'une région quelconque, d'une déchirure de la face ou du cuir chevelu, occasionnée par une chute de cheval, par exemple, nous nous hâtons de remettre en place les tissus fraîchement divisés, de les maintenir en contact, et nous pensons nous mettre ainsi dans les meilleures conditions pour obtenir la meilleure réparation possible. Il n'existe aucune raison de ne pas agir de même pour la déchirure du périnée ; au contraire, et la cause puerpérale, qui est presque la seule de l'accident, vient ajouter des indications d'urgence.

En effet, pour répondre d'abord aux objections, quand les sutures sont placées, les lochies et les urines ne peuvent pénétrer la ligne de rapprochement et ne s'opposeront pas plus à la réunion que l'urine qui baigne la vessie ne s'oppose à la réussite des opérations de fistule vésico-vaginale. Aujourd'hui, l'écoulement lochial ne doit plus devenir fétide ; le devînt-il, comme autrefois, vers le troisième jour, que la réunion, si elle devait avoir lieu, serait accomplie. Quant au traumatisme, le véritable est l'éclatement du plancher pelvien, les circonstances et les manœuvres qui l'ont amené. Le passage de cinq fils d'argent ne l'augmentera guère, et d'autant moins que les parties longtemps distendues et contuses ont perdu beaucoup de leur sensibilité.

La crainte qu'une mortification ultérieure se produise sur les lèvres de la plaie a été invoquée pour retarder l'opération. Ici, comme ailleurs, il n'y a, sans doute, rien d'absolu ; mais, si cette crainte est jamais justifiée, ce ne peut être que bien rarement. Le sphacèle, en effet, ne peut être ici que la suite d'une distension trop prolongée, et il semble y avoir antagonisme entre cette cause et celle de la rupture qui, d'une façon générale, est le manque de préparation du périnée par des distensions progressives dans un

accouchement que la nature ou l'intervention chirurgicale a précipité.

En revanche, les raisons pour opérer immédiatement sont nombreuses et puissantes :

L'avivement, si difficile et si scabreux plus tard, quand la région aura été déformée par l'écartement latéral qu'amènent la tonicité et les contractions du transverse et du constricteur du vagin, par le retrait en arrière du sphincter anal, par la rétraction cicatricielle, l'avivement, dis-je, est tout fait et parfait. Les fibres musculaires, après la divulsion et la rupture qu'elles ont subies, reposent dans le relâchement, et les parties, mises en contact par le gonflement, ne demandent qu'à se recoller dans un affrontement naturel. C'est ainsi que, sous l'influence de circonstances particulièrement favorables, ont pu se produire, avec le simple maintien des cuisses rapprochées et immobiles, certaines guérisons spontanées dont parlent d'anciens auteurs et auxquelles seules plusieurs avaient confiance. Ce qu'il y a de certain, c'est que les conditions sont si avantageuses que cinq points de suture — au lieu de six que demande la restauration de la rupture ancienne — sont nécessaires pour l'opération immédiate (obs. IV et V) ; que, même quelques serrefines, appliquées sur l'heure, ont pu suffire à amener une réunion devant laquelle les efforts plus tardifs des plus habiles chirurgiens sont longtemps venus échouer. Des faits cités par MM. Blot et Désormeaux[1] et la première observation qui suit (obs. III) en fournissent la preuve.

En outre, quelle large porte pour l'infection que cette énorme plaie, tapissée de sinus veineux ouverts, sur laquelle vont s'écouler, pendant des semaines, tous les liquides et les détritus des suites de couches, au-devant de l'anus rompu, et qui rend inefficace toute mesure antiseptique.

A ces raisons, il es tinutile de joindre que, si la femme est opérée de suite, elle n'aura pas conscience de la gravité de l'accident. Si, au contraire, elle s'aperçoit avoir perdu le pouvoir de contenir ses gaz et ses matières, quelle épouvante pour elle et les siens ! quelle responsabilité pour le médecin ! et quel est celui qui ne désirerait réparer incontinent, s'il le lui arrivait à lui-même, un pareil malheur? Une longue aiguille courbe et de fort fil d'argent doivent faire partie d'une trousse obstétricale.

Au point de vue purement opératoire, beaucoup des mêmes raisons militent en faveur de la pratique de Nélaton, de Maisonneuve, de Verneuil, etc., qui conseillent d'opérer quelques jours après l'accouchement, quand la plaie est recouverte de bourgeons

[1] *Bull. de la Soc. de Chir.*, année 1876, p. 303 et 305.

charnus. On profite encore ainsi d'un avivement naturel et du relâchement persistant des tissus, circonstances éminemment favorables, comme l'attestent les succès des trois chirurgiens que je viens de citer et auxquels on pourrait joindre celui plus ancien de Montain, obtenu au trente-deuxième jour après l'accouchement, par l'application d'un seul point de suture enchevillée[1]. Mais, aujourd'hui que des résultats aussi satisfaisants peuvent être sûrement obtenus plus tard, il est sans doute préférable de ne point troubler les journées les plus délicates des suites de couches par des manœuvres qui demandent, au moins, l'exposition à l'air pendant un temps assez long, et d'attendre la fin de l'état puerpéral.

D'un autre côté, il me paraît important d'intervenir avant que la femme ait quitté la position horizontale. Aussitôt que la femme se lève, la muqueuse rectale, les parois vaginales, l'utérus et la vessie, privés de leur base de support et poussés par le poids des intestins, tendent à s'abaisser. La station et la marche, par les contractions synergiques qu'elles déterminent, accroissent cette tendance et accélèrent la déformation progressive des parties à restaurer. L'allaitement, loin d'être une contre-indication, peut être considéré comme une raison de plus de ne point retarder l'opération, car la mère qui nourrit est obligée, même dans son lit, à beaucoup plus de mouvements et d'efforts qu'une autre femme, et la déformation des parties extérieures, les prolapsus des organes du bassin seront chez elles plus rapides. L'allaitement et la restauration peuvent d'ailleurs marcher, à souhait, de front (obs. VI).

Quand la patiente se présente un plus long temps après son accouchement, il faut d'abord s'occuper de la métrite et des diverses altérations de voisinage que la rupture et l'infirmité consécutive ont pu amener. Puis, quand les muqueuses et la région à aviver seront redevenues saines et nettes, opérer le plus tôt possible. Le temps ne fait qu'augmenter les difficultés, quoiqu'il ne les rende peut-être jamais insurmontables, comme tendent à le prouver mes observations II et VII, où l'accident datait de seize et de quatorze ans.

C'est la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète ancienne que j'ai seule eu ene vue dans mon premier travail ; c'est à elle encore que s'adressent la plupart des considérations qui suivent.

II

PRINCIPES ET ORIGINES DU PROCÉDÉ EMPLOYÉ PAR L'AUTEUR.

On ne peut discuter la possibilité d'avoir le périnée et un orifice inférieur du rectum reformés sans que la fonction de l'anus soit

[1] Duparcque, *Maladies de la matrice*, 116e observation, tome II, p. 428.

rétablie. Aux exemples que j'ai cités dans mon mémoire de 1875, M. Terrillon en a joint deux observés par lui-même. Les malades, opérées par un procédé qu'il n'a pu reconnaître, avaient les apparences extérieures parfaites, mais les gaz et les matières liquides s'échappaient involontairement[1]. La restauration d'une rupture complète du périnée se compose donc de deux choses : la réunion des parties avivées ; le rétablissement de la fonction de l'anus.

§ 1er. *Réunion des parties avivées.* — La réunion sera obtenue si, ici, comme partout ailleurs, des surfaces cruentées, propres, où l'hémostase est entière, sont maintenues en contact, pendant trois ou quatre jours, immobiles et sans tension, par des moyens imputrescibles.

Ces premiers principes de toute opération autoplastique, de toute réunion par première intention, ont été établis par Marion Sims, à propos de l'opération de la fistule vésico-vaginale, et appliqués par lui, dès 1855, à celle de la rupture du périnée. Dès cette époque, en effet, Marion Sims débarrassant — peut-être à son insu — l'opération des incisions libératrices de Dieffenbach, des bandes adhésives de Nélaton, de la division du sphincter de Mercier et de Baker-Brown, du dédoublement de la cloison de Langenbeck, etc., etc., des différents plans de sutures et des combinaisons multiples de ces méthodes compliquées, reprend tout simplement le procédé de Roux[1] qu'il modifie ainsi : il dénude, sur une hauteur de trois centimètres, la surface vaginale inférieure, au lieu de se contenter, comme Roux, de n'en aviver que le bord ; il remplace les trois sutures enchevillées de Roux, en fil de Bretagne, par cinq fils métalliques qu'il réunit par leurs extrémités tordues, et il obtient ainsi de tels succès que peut-être n'opéra-t-il jamais autrement et n'adopta-t-il jamais le fil sous-sphinctérien d'Emmett, son élève et son ami[2].

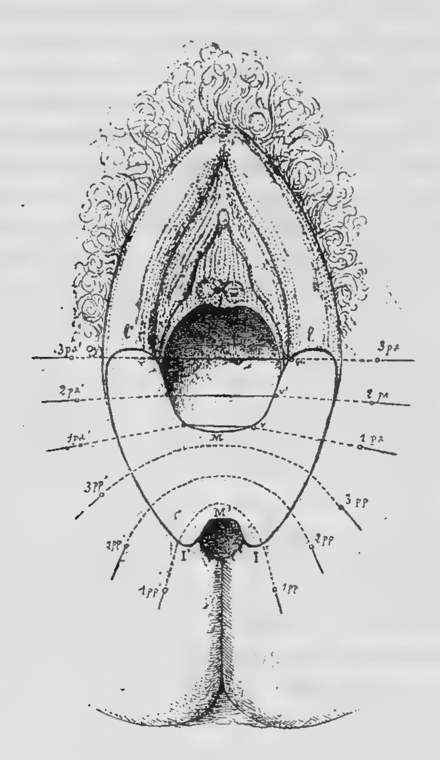
[1] Nous ne devons pas oublier que Roux, le premier, adapta un large avivement de surfaces et les sutures enchevillées à la restauration du périnée ; que les succès qu'il obtint ainsi, les règles auxquelles il soumit l'opération, le mémoire qu'il présenta en 1834 à l'Académie des sciences, firent entrer dans la pratique classique une réparation chirurgicale jusqu'alors très controversée. En 1864, le Dr Launay, ancien interne des hôpitaux de Paris, dans ses *Recherches sur la périnéorrhaphie*, insérées dans la *Gazette médicale,* pouvait écrire que tout ce qui avait été publié sur cette question, depuis le mémoire de Roux, avait été emprunté aux travaux de ce chirurgien. En 1866, Courty dit textuellement dans son *Traité des maladies des femmes* « le procédé de périnéorrhaphie le plus simple et le plus répandu en France est celui de Roux. »

[2] Je puis affirmer que, jusqu'en 1872, Marion Sims n'employa pas le fil d'Emmett et le déclarait inutile. Ceci peut faire penser que les quelques insuccès signalés dans le rétablissement de la fonction de l'anus tiennent, non à l'absence du fil sous-sphinctérien que Sims ne mettait jamais, mais à une imperfection dans l'avivement.

Cependant le sphincter anal, par sa constante rétraction vers ses attaches, par ses contractions, rendait quelquefois encore la tension trop grande sur les cinq points de suture de Marion Sims; c'est pour cela qu'Emmett eut l'idée d'ajouter un sixième fil. Celui-ci, introduit au-dessous du sphincter, en relève et soutient les extrémités divisées ; il supporte en masse les tissus, au grand soulagement des autres fils, qui n'ont plus qu'à assurer le contact de surfaces désormais sans tendance à s'écarter.

§ 2. *Restauration de la fonction de l'anus.* — Les fonctions de l'anus seront restaurées si l'avivement a été bien fait.

En effet, et d'une manière générale, les parties ne peuvent se ressouder que suivant leurs surfaces cruentées. Dans le cas particulier où il s'agit de refaire l'anus, il faut que la limite de la dénudation soit exactement celle des bords divisés de la muqueuse



anale, bords qui se trouvent ramenés en arrière, sur les côtés de l'anus rompu, par les fibres rétractées du sphincter, et au milieu desquels se trouve, ramassée en gros plis, toute la muqueuse anale. La ligne de l'avivement anal décrit ainsi une courbe à concavité postérieure IM'I' dont le sommet M' est sur la cloison et les

cornes I,I' sur les côtés de ce qui reste de l'anus, où se trouvent les extrémités cicatricielles postérieures de la muqueuse anale. La surface ainsi dénudée n'a nullement la forme d'un fer à cheval, mais rappelle, comme je l'ai indiqué, la figure d'un papillon qui vole. Le corps est représenté par l'avivement médian M,M', sur la partie inférieure de la cloison, et les ailes étendues par l'avivement latéral I*l*,I'*l'* de la pointe postérieure de la muqueuse anale divisée à l'origine des petites lèvres. C'est pourquoi, en 1876, répondant, comme il me l'était possible, aux objections formulées, j'écrivais : « Pour le procédé d'Emmett comme pour tout autre, le sûr moyen de redonner à l'anus sa fonction et ses dimensions normales est d'arrêter l'avivement sur les bords de la muqueuse anale déchirée et de réunir exactement les deux lèvres de celle-ci[1]. » Et comme une de mes observations le prouve (obs. II), le nouvel anus, qui ne laisse échapper involontairement ni un liquide ni un gaz, peut admettre facilement une valve de Sims. Ainsi disparaît l'idée d'anus trop petit et d'anus trop grand. Il y a l'anus et son sphincter, voilà tout, qu'on a ou non rétablis avec leurs propriétés d'organe essentiellement extensible, pouvant livrer passage aux matières de gros calibre et opposer une infranchissable barrière aux plus fins fluides.

Les succès de Marion Sims sans le fil sous-sphinctérien d'Emmett obtenus, ceux obtenus dans des cas de rupture complète avérée, par la simple apposition de serrefines immédiatement après l'accident démontrent d'une façon péremptoire, il me semble, l'importance capitale de l'avivement et de l'adaptation exacte des surfaces.

A cette perfection dans l'avivement et dans l'affrontement sans tension de la muqueuse anale et au dégagement de leur importance prépondérante ; à la description minutieuse et à la mise en règle de chaque temps opératoire et des soins consécutifs qui ont fait produire à la méthode, je dirais presque tout ce qu'elle peut donner, — puisque les parties ont recouvré leur aspect primitif, que l'organe fonctionne à la satisfaction des opérées et, d'après leur témoignage, aussi bien qu'avant l'accident — je pense avoir contribué d'une façon originale. Mais, comme on le voit, par l'exposé de bonne foi qui précède, si l'on fait trop d'honneur à Emmett et à moi quand on désigne le procédé que j'ai perfectionné et introduit en France par notre nom seul, on commet une erreur en y associant le nom de Gaillard Thomas[2] dont la juste renommée n'a nul besoin

[1] Jude Hue, *Étude sur la périnéorrhaphie* (suite). (*Archiv. de Tocologie*, année 1876, p. 590).

[2] Dans la troisième édition du *Practical Treatise of the Diseases of Women*,

de cela, et on doit se souvenir que Marion Sims est celui qui a apporté les plus importantes modifications à une opération dont notre compatriote Roux est le véritable initiateur.

III

VALEUR DU PROCÉDÉ ET LIMITES DE SON APPLICATION.

L'opération, telle que je l'ai décrite avec son avivement en surface et ses six points de suture, est d'une simplicité telle qu'on pourrait l'appeler la périnéorrhaphie normale. Je ne crois pourtant pas trop m'avancer en affirmant qu'avec elle on peut éviter les procédés beaucoup plus composés en usage encore aujourd'hui, comportant plusieurs ordres de sutures, la taille et la mobilisation de lambeaux assez importants pour avoir suggéré l'appellation de périnéoplastie; et ceci sans donner en retour au point de vue fonctionnel, notre pierre de touche, un résultat complet et clairement proclamé. M. Polaillon, en effet, dans la séance de la Société de chirurgie du 22 avril 1885, relatant une opération de périnéoplastie pratiquée pour une déchirure remontant très haut, annonçait qu'il avait obtenu une restauration parfaite du périnée et un retour très convenable des fonctions de l'anus [1].

Eh bien, pour ne parler que de mon expérience, j'ai pratiqué, d'après les idées que je viens d'exposer, sept fois la périnéorrhaphie dans des cas de rupture complète, je n'ai jamais eu un succès douteux ou imparfait ni dans le rétablissement de la forme ni dans celui de la fonction, même par la simple application de serrefines immédiatement après l'accident. Deux de mes opérées ont accouché depuis [2] et le périnée n'a pas bougé. Dans l'observation II la rupture datait de seize années et la réussite fut entière. L'opérée de l'observation VII portait son infirmité depuis quatorze ans. Les parties largement béantes avaient été tannées par les nombreux traitements qu'elle avait subis à la recherche de soulagement : supports utérins et pessaires de toutes sortes, tamponnements, injections astringentes, etc. ; sachets et suppositoires pour calmer la métrite et la périmétrite qui, à la suite de manœuvres ou de la pose d'instruments pour atteindre une contention impossible, avaient, à plusieurs reprises, mis sa vie en danger. Elle-même disait que

de Gaillard Thomas, publiée en 1872, plein hommage est rendu à Roux, et nulle mention n'est faite du fil sous-sphinctérien d'Emmett qui date pourtant de 1865.

[1] *Bull. de la Soc. de Chir.*, année 1885, p. 245.

[2] Celle qui fait l'objet de ma première observation (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1876, p. 277) est celle qui fait l'objet de l'observation IV du présent travail.

les parties extérieures étaient devenues « comme du cartilage ». La destruction, malgré l'abaissement cicatriciel, s'étendait encore sur la cloison jusqu'à deux centimètres au-dessus du niveau postérieur de l'anus; l'incontinence des gaz et des matières était absolue. Mon opération ordinaire pour la rupture ancienne, sans modification ni addition, a suffi à amener un résultat esthétique et fonctionnel parfait. Le périnée mesure plus de quatre centimètres de haut, l'orifice vulvaire qui admet un doigt seulement est presque virginal ; à sa base, le sphincter forme un corps charnu qui ne le cède guère en épaisseur à celui des femmes qui n'ont pas eu d'accident. L'anus, garni tout autour de ses plis rayonnés, remplit aussi bien que jamais toutes ses fonctions.

Je ne doute pas que les chirurgiens non convaincus, qui restent, ne puissent obtenir les mêmes résultats, car la plupart me surpassent de beaucoup en mérite. Je ne leur demande qu'une chose : de bien vouloir employer une fois le procédé sans le modifier ni l'amender, servilement, si un tel mot pouvait s'adresser à des maîtres dans l'art le plus noble qui soit, celui de combattre l'humaine souffrance. Si, ensuite, l'expérience les conduit à y apporter des changements, je serai, j'espère, un des premiers à les adopter. Nous réclamons tous le droit d'apprécier à la lecture les travaux d'autrui et de juger si nombre d'innovations nous paraissent ou non dignes d'un essai. Mais, quand on veut éprouver une méthode, on doit le faire intégralement et se placer dans des conditions identiques à celles qui ont donné lieu aux résultats annoncés. Ceux qui agissent différemment arrivent à des effets autres et, généralement, moins satisfaisants que ceux obtenus et affirmés par l'auteur. Pour ne citer qu'un exemple et en chirurgie, c'est ce qui s'est passé pour le pansement de Lister. Dès le mois de mai 1871, après la guerre, je le voyais appliqué à Londres. Je ne pense pas que, d'une façon générale, les résultats qu'il donnait alors aient jamais été atteints par ceux qui l'ont critiqué ou amendé d'emblée, sans l'avoir d'abord rigoureusement suivi.

C'est pourquoi, au risque de redites et de descriptions fastidieuses qui ne peuvent nuire qu'à moi-même, je n'ai, dans cette étude, comme dans celles de 1875 et de 1876, envisagé qu'un but : bien faire connaître, dans tous ses détails, l'opération avec le traitement consécutif dont je n'ai, quand je l'ai pu, laissé le soin à personne.

Il ne faut pas confondre la rupture périnéale complète ayant divisé le sphincter dans toute son épaisseur et, partant, quelques centimètres de la paroi recto-vaginale avec celle qui s'accompagne d'une déchirure plus étendue remontant, par exemple, jusqu'au tiers supérieur de la cloison. Dans cette dernière circonstance, si

l'on voulait, ou plutôt si l'on pouvait faire l'avivement médian, sur la partie restant de la cloison, faire l'avivement latéral, puis passer correctement les fils, les trois fils périnéaux postérieurs 1 PP, 2 PP, 3 PP ne pourraient être serrés qu'en abaissant l'utérus de toute la hauteur de la cloison disparue et en créant une infirmité. Aussi, dans ces cas, l'opération doit se faire en deux fois. D'abord la restauration de la paroi, au moyen d'un large avivement sur chaque lambeau et de sutures métalliques aussi rapprochées que possible, comme pour la clôture des fistules recto ou vésico-vaginales ; puis, la cloison bien rétablie, on procédera à la réparation du périnée et du sphincter à la manière ordinaire.

Je ne vois pas trop, quoi qu'en dise Emmett, comment on pourrait accomplir, dans ce cas, la restauration entière en une séance et encore moins l'utilité d'une semblable entreprise.

IV

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES.

Je n'ai presque rien à changer à la description que j'ai donnée en 1875 de l'opération de la rupture ancienne.

Les six fils nécessaires à la périnéorrhaphie, dans les cas de rupture complète ancienne, se divisent naturellement, comme le périnée qu'ils occupent, en deux parties.

1° *Les fils périnéaux postérieurs* qui cheminent tout le temps dans les tissus, passent dans l'épaisseur de la cloison et n'ont chacun qu'un point d'entrée et qu'un point de sortie. Au nombre de trois, on peut les désigner par les chiffres 1, 2, 3, d'arrière en avant et suivant leur ordre d'introduction (1 PP, 2 PP, 3 PP). J'ai appelé le fil périnéal postérieur n° 1 fil sous-sphinctérien, d'après sa position, ou fil d'Emmett d'après celui qui en a eu l'idée ;

2° *Les fils périnéaux antérieurs*, qui traversent successivement les lèvres gauche et droite de la rupture périnéale antérieure, ont ainsi chacun deux points d'entrée et deux points de sortie. Également au nombre de trois, on peut les numéroter d'arrière en avant 1, 2, 3 suivant l'ordre dans lequel on les passe (1 P*a*, 2 P*a*, 3 P*a*).

Une rectification est nécessaire. Les trois points de suture périnéaux antérieurs, qui ne font que traverser successivement les deux lèvres de la déchirure, doivent entrer, à gauche de la malade, sur la peau, à un centimètre environ du bord de l'avivement (1 P*a*, 2 P*a*, 3 P*a*), sortir à la limite de celui-ci et de la muqueuse v, v', v'' pour rentrer de l'autre côté ; à cette même limite, et ressortir à droite, à un centimètre sur la peau, en un point symétrique du point d'entrée. Sans cela, et si les points internes d'émergence

et de rentrée des fils avaient lieu sur la muqueuse vaginale, on n'aurait aucune sécurité dans la largeur de la dénudation qui pourrait se trouver annihilée, lors du serrage des fils, par le rapprochement de la muqueuse et de la peau. Je dois remercier M. Terrillon de ne point m'avoir attribué cette erreur malgré une figure dont j'ai signalé l'incorrection et que rectifie d'ailleurs, six pages plus loin, la figure IV de mon premier mémoire [1].

J'ai simplifié un détail dans les soins consécutifs. Je n'entoure plus la sonde uréthrale d'un manchon de flanelle; manchon que je conseillais de pousser avec soin, après l'introduction de la sonde, jusqu'au contact des tissus et qui était destiné à essuyer et à recevoir la petite couche d'urine qui pouvait s'attacher à l'instrument et l'accompagner à sa sortie. Le danger qu'une goutte d'urine tombe sur des parties étroitement adaptées n'est pas si grand que j'ai pu le craindre, comme le prouve ce qui se passe dans les opérations de fistules urinaires. Il suffit, avant de retirer la sonde en caoutchouc, d'en oblitérer avec soin la lumière et de faire suivre chaque cathétérisme d'une injection dans la vagin avec un demi-litre d'eau ayant bouilli et coupée au tiers d'une solution d'acide phénique au 1/40 ou de bichlorure de mercure au 1/1000.

L'exquise propreté et l'antisepsie sont suffisamment assurées par ces lavages et la toilette qui se répètent ainsi trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. L'occlusion antiseptique, telle que l'emploie M. Marc Sée, est impossible dans l'opération immédiate après l'accouchement et ne me paraît nécessaire en aucun cas. Néanmoins les précautions antiseptiques les plus rigoureuses doivent être prises pour l'opérateur, ses instruments, la malade et les aides.

Un réel danger, après l'opération, peut venir des gaz qui s'accumulent dans la partie inférieure de l'intestin et déterminent des douleurs considérables. Ces gaz, par leur seule tension et leurs mouvements, nuisent à l'immobilité et au relâchement des tissus si favorables à la réunion; ils provoquent chez la femme des contractions et des efforts d'expulsion qui peuvent tout compromettre, faire éclater la ligne d'affrontement, forcer au travers des matières fécales et donner lieu à une fistule recto-vaginale. Les opérées de rupture ancienne, surtout, paraissent souffrir des gaz. Il est facile de faire cesser ce pénible inconvénient et les dangers qu'il fait courir par l'introduction, dans le rectum, d'une grosse sonde uréthrale en caoutchouc rouge. On peut l'introduire, au moment de chaque cathétérisme vésical, et la laisser, s'il y a lieu, quelques temps à demeure. On assure ainsi trois ou quatre fois par jour

[1] *Annales de Gynécologie*, loc. cit., p. 20.

toute absence de dangereuse tension, gazeuze ou liquide, et sans s'exposer à aucun des mécomptes qu'on a reprochés au tube en verre conseillé par Marion Sims.

Dans l'opération immédiate où naturellement il n'y a point besoin d'aviver, cinq fils suffisent à assurer la réunion et le troisième fil périnal postérieur n'est pas nécessaire (obs. IV et V). Les fils d'ailleurs sont introduits exactement de la même façon et les soins consécutifs sont les mêmes.

Enfin et malgré le haïssable égotisme que je n'ai peut-être pu éviter en ce sujet, je dois ajouter que je ne sais pas faire vite. Quoique j'aie toujours eu les meilleurs aides et dont l'amitié attentive a été souvent pour beaucoup dans les succès qu'il m'a été donné d'obtenir, je n'ai jamais, dans les cas de rupture ancienne où l'avivement est nécessaire, mis à l'opération moins de une heure et demie. Je considère l'avivement comme très long, délicat et difficile surtout dans la portion médiane. Je pense qu'il est presque indispensable, pour le bien faire, de l'accomplir avec de bons ciseaux de courbures appropriées et un ténaculum. On pénètre mieux ainsi dans les multiples anfractuosités de la muqueuse vaginale, les vaisseaux donnent moins de sang, ce qui est très favorable à la réunion.

V

OBSERVATIONS.

Obs. III[1]. — *Déchirure complète du périnée. — Application immédiate de serrefines. — Restauration intégrale de la forme et de la fonction.*

Mme V..., 28 ans, grande, brune, sans embonpoint, primipare. Présentation céphalique, travail terminé, après vingt-quatre heures, le 5 octobre 1877, par une longue et laborieuse application de forceps faite par deux docteurs en médecine. Déchirure complète du périnée jusqu'au rectum. Eu égard à des considérations particulières, je crois devoir ne point insister sur la suture avec des fils d'argent, je me bornai, après avoir lavé les plaies avec une solution au 1/20 d'acide phénique, à adapter quatre serrefines de la manière suivante : une en bas, sur les deux bords de la muqueuse anale divisée ; une dans le vagin sur les deux lèvres de la muqueuse vaginale ; enfin les deux autres sur la peau, tenant en contact les deux moitiés du périnée divisé. Une serviette nouée autour des genoux tint les cuisses rapprochées et la malade fut laissée dans le décubitus latéral, droit ou gauche alternativement, jusqu'à la levée des serrefines. Traitement antiseptique des suites de couches;

[1] Voir observation I (*Bull. de la Soc. de Chir.*, année 1876, p. 297), et observation II (*Annales de Gynécologie*, 1876, p. 18).

immobilité intestinale assurée pendant cinq jours par une pilule d'extrait gommeux; cathétérisme suivant le besoin, suivi d'une injection vaginale avec une solution chaude d'acide phénique au 1/120. Le cinquième jour, je retirai les serrefines et constatai, à ma grande joie, que le périnée, l'anus et son sphincter étaient rétablis. L'opérée que j'ai revue souvent depuis n'a jamais su quelles éventualités elle avait encourues.

Obs. IV. —*Déchirure complète du périnée. — Opération immédiate. Restauration intégrale de la forme et de la fonction.*

Mme L..., 22 ans, grande, blonde, yeux bleus, sans embonpoint, primipare. Travail très long. Application de forceps, le 4 février 1881, par deux docteurs en médecine. Rupture complète du périnée jusqu'à et y compris l'anus. Appelé près de cette dame, je pratiquai immédiatement la périnéorrhaphie.

Opération. L'accouchée est remise dans la position qu'elle occupait pour l'application du forceps : décubitus dorsal, les fesses sur le bord d'une table garnie d'un matelas. Les confrères soutiennent et écartent les cuisses, tendant également, chacun de son côté, les parties rompues qui sont lavées soigneusement avec la solution au 1/20 d'acide phénique. A l'aide d'une longue aiguille courbe emmanchée, cinq fils d'argent sont placés. Le premier fil périnéal postérieur ou fil d'Emmett entre, à gauche sur la peau, à un centimètre et demi environ en dehors et en arrière de l'anus 1 PP, passe dans l'épaisseur de la cloison dont il contourne le bord inférieur M' et vient sortir, sur la peau, en un point symétrique du point d'entrée 1 PP'. Le deuxième fil périnéal postérieur entre sur la peau au niveau et à un centimètre en dehors du bord postérieur de la déchirure 2 PP, chemine également pendant tout son trajet médian entre les muqueuses vaginale et rectale, mais à un centimètre plus haut que le premier. Le troisième fil — premier fil périnéal antérieur, entre sur la peau à un centimètre de la plaie 1 P*a*, traverse la lèvre gauche de la rupture, émerge à la limite de celle-ci et de la muqueuse vaginale *v*, puis, continuant son trajet traverse la lèvre droite en sens inverse, de dedans en dehors. Un quatrième et un cinquième fils — deuxième et troisième fils périnéaux antérieurs 2 P*a*, 3 P*a*, — sont placés exactement de la même façon, à un centimètre de distance chacun. Puis la plaie est de nouveau lavée avec une solution au 1/40 d'acide phénique, les lèvres de la déchirure adaptées et les fils sont tordus de bas en haut. La malade, sondée, est remise au lit dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies au moyen d'un traversin placé sous les jarrets. L'opération supportée sans souffrance notable n'avait pas duré plus de vingt minutes.

Les suites de couches furent dirigées d'une façon antiseptique : chaque garniture aspergée d'une solution d'acide phénique au 1/20, la toilette faite, après chaque cathétérisme pratiqué suivant le besoin avec la solution au 1/40, et la malade tenue constipée. Le 10 février, le sixième jour, les sutures étaient retirées et nous trouvions une réunion parfaite, le

périnée plus long qu'il ne l'est d'ordinaire après un accouchement naturel. Le 11, au matin, le débarras du rectum, amené avec les précautions habituelles, avait lieu sans encombres et aucune altération dans les fonctions de l'anus ne se sont jamais montrées. Un accouchement survenu depuis s'est terminé sans aucun accident.

Obs. V. — *Rupture complète du périnée. — Opération immédiate. — Restauration intégrale de la forme et de la fonction.*

25 ans, grande, forte, brune, primipare. Travail long et pénible; arrêt de la tête au détroit inférieur après trente-six heures de souffrances. Application de forceps par deux médecins, le 1er août 1885. Rupture complète du périnée jusqu'à la muqueuse anale inclusivement. Une demi-heure à peine après la délivrance, je pouvais faire la périnéorrhaphie qui eut lieu identiquement de la même façon que chez le sujet de l'observation II, avec cinq points séparés de fil d'argent. En vingt minutes, l'opération était terminée sans que la patiente ait accusé de douleur notable qui ait pu faire songer à l'emploi de l'anesthésie. Les mêmes recommandations, au point de vue des soins consécutifs, furent faites et, quand le sixième jour les sutures furent retirées, les parties étaient, suivant le témoignage du médecin habituel, dans l'état normal. Le 10 octobre suivant, je revoyais l'opérée accompagnée de son mari et et elle me déclarait que jamais elle ne s'était mieux portée, qu'elle n'éprouvait aucun inconvénient et avait l'entier contrôle de ses matières et de ses gaz.

Obs. VI. — *Rupture complète du périnée. — Opération trois mois après. — Restauration intégrale de la forme et de la fonction.*

Mme X..., 22 ans, tempérament lymphatique, belle et forte constitution, peau blanche et fine, chairs fermes garnies d'embonpoint, se présente à ma consultation le 15 octobre 1883. Mariée en 1882, et bientôt devenue enceinte, elle eut une grossesse normale. L'accouchement lui-même n'offrit rien de particulier jusqu'à la dernière partie du travail. « En huit heures, la dilatation du col était complète et la tête descendue dans l'excavation. » Il se produisit alors un temps d'arrêt et le médecin qui l'assistait, dans la pensée d'abréger les douleurs et de parer aux dangers de compression que pouvait courir l'enfant, appliqua le forceps. Alors, en l'absence de toute traction, une poussée expulsive violente se produisit qui, chassant d'un coup la tête et le corps tout entier déchira le périnée, le sphincter et plusieurs centimètres de la cloison recto-vaginale. Malgré le rapprochement des cuisses qui fut assuré par une bande roulée pendant une huitaine de jours, la réparation espérée n'eut pas lieu et le 16 octobre, deux mois environs après l'accouchement, voici quel était l'état des parties :

Le périnée ainsi que la demi-circonférence antérieure de l'anus ont disparu. Sur la demi-circonférence postérieure sont réunis les plis rayonnés en arrière desquels le sphincter divisé occupe une position presque rectiligne. A deux centimètres environ au-dessus de la portion

restante de l'anus, la paroi recto-vaginale présente un bord mince et rigide, tendu comme la corde d'un arc, en arrière duquel la muqueuse rectale congestionnée commence à prolaber. La paroi recto-vaginale elle-même, privée de son support inférieur et raccourcie, s'avance en une légère réctocèle entraînant l'utérus abaissé et déjà en rétroversion.

Mme X.... était la nourrice d'un gros garçon et était partagée entre l'extrême désir d'être débarrassée de lamentables troubles fonctionnels que je n'ai point besoin de décrire et celui de ne point exposer son enfant. Je crus pouvoir lui promettre que l'opération et l'allaitement pourraient marcher de front sans se nuire. Disons tout de suite que les faits ont réalisé mon espoir; la mère a continué de nourrir sans qu'aucun préjudice ni dérangement pour elle ou pour sa progéniture soient survenus pendant toute la période opératoire.

De la rougeur et de l'irritation existaient sur les parties. Elles disparurent bientôt sous l'influence des bains de siège et de quelques badigeonnages avec une solution au 1/20 de nitrate d'argent et, le 23 novembre, l'opération put avoir lieu avec l'aide de mes amis et confrère MM. les Drs Millet, Bertrand, Tourneux et Labit.

Soins préparatoires immédiats.— L'intestin est débarrassé, la veille, par un purgatif. Le matin, lavement simple; injection vaginale et toilette extérieure avec une solution au 1/40 d'acide phénique. Les instruments ont été préalablement plongés dans la solution au 1/20 d'acide phénique et frottés, les éponges lavées dans la même solution. Les mains des aides et les miennes sont passées dans la solution au 1/40 qui servira pendant toute l'opération.

Mme X..., chloroformée dans son lit, est mise sur une table dans la position de la taille, les parties exposées en pleine lumière. Deux aides maintiennent les jambes d'une main, de l'autre écartent et tendent également les parties à restaurer. Un troisième aide éponge et passe les instruments, le quatrième ne s'occupe que du chloroforme.

OPÉRATION : 1° *Avivement.* — Il est fait au ténaculum et aux ciseaux, en commencant par la partie inférieure de la cloison M' qui est dénudée sur une hauteur de 3 centimètres M'M. Puis, suivant le bord de la muqueuse anale M'I, l'avivement est continué, à gauche, de haut en bas, jusqu'à la pointe inférieure de la déchirure I, pour remonter ensuite jusqu'à la naissance *l* de la petite lèvre. Ainsi est formée une surface dénudée ovoïde I*l* de 5 centimètres environ de hauteur sur 2 centimètres de largeur, tangente à l'avivement médian M'M avec lequel elle se continue. Même chose a lieu symétriquement pour le côté droit M'I'*l'*. L'avivement complet *lMl'*I'M'I porte un enhachement en haut *lMl'* et un enhachement en bas I'M'I'; il rappelle grossièrement un H ou un papillon qui vole dont la branche transversale ou le corps seraient représentés par l'avivement médian MM', les jambages ou les deux ailes par l'avivement latéral *l*I, *l'*I'. Ceux qui ont pu comparer la forme de leur avivement à celle d'un fer à cheval n'ont pas suivi le bord de la muqueuse anale, ils n'ont pas avivé les parties correspondant au sphincter et, d'une façon générale, on peut dire

qu'ils auront pu reformer un périnée et un anus, mais que la fonction de celui-ci sera restée plus ou moins imparfaite.

2° *Passage des fils.* — Le premier fil périnéal postérieur, sous-sphinctérien ou fil d'Emmett entre, à gauche, à un centimètre et demi environ en dehors et au-dessous de l'anus 1PP, loin de l'avivement, traverse de bas en haut les tissus, passe dans l'épaisseur du bord inférieur de la cloison et vient sortir à droite en un point symétrique 1PP'. Le deuxième fil périnéal postérieur est placé au niveau de l'extrémité postérieure de l'avivement latéral et à 1 centimètre en dehors 2PP. Le troisième fil périnéal postérieur est placé à 1 centimètre au-dessus, de la même façon 3PP. Ces trois fils postérieurs cheminent constamment dans l'épaisseur des tissus et de la cloison. Les trois fils périnéaux antérieurs 1P*a*, 2P*a*, 3P*a* sont placés à 1 centimètre environ de distance chacun, à un centimètre en dehors de l'avivement sur la peau, émergent dans le vagin à la limite de l'avivement et de la muqueuse *v*, *v'*, *v''* pour rentrer et ressortir du côté opposé en des points symétriques.

3° *Affrontement.* — Après l'arrêt complet du sang et le lavage des parties avec la solution au 1/40 d'acide phénique, l'affrontement est fait, en commençant par le fil d'Emmett et en prenant bien garde de relever au ténaculum, pendant le serrage des fils, les bords de l'avivement afin que l'adaptation et le contact des surfaces dénudées soient les plus parfaits possible. Deux ou trois tours donnés à la main suffisent à chaque fil pour fixer l'affrontement; puis la torsion des fils est achevée méthodiquement, d'avant en arrière, c'est-à-dire en commençant par le troisième fil périnéal antérieur, à l'aide du fulcrum et d'une pince à pression continue.

Sondage, injection vaginale avec une solution au 1/120 d'acide phénique. L'opérée est reportée dans son lit, mise dans le décubitus dorsal, les jambes maintenues rapprochées par quelques tours de bandes en flanelle et les jarrets relevés par un traversin, munie d'une injection hypodermique de 0gr,02 de chlorhydrate de morphine pour empêcher les vomissements chloroformiques de se produire. L'opération avait duré deux heures. Prescription : sondage suivant le besoin, suivi d'une injection vaginale avec une solution au 1/120 d'acide phénique; grog ou lait par cuillerées et le soir une pilule de 0gr,02 d'extrait thébaïque pour immobiliser les intestins.

Deuxième jour, 24 *novembre*, 8 h. matin. — La journée de l'opération et la nuit ont été bonnes; quelques nausées ont été arrêtées par une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine. L'opérée se trouve assez bien; quelques gaz s'échappent par la sonde anale introduite. Alimentation, cathétérisme, injections vaginales, pilule du soir comme le jour précédent.

Troisième jour, 25 *novembre*. — Légères nausées chloroformiques persistent encore et sont calmées par des injections hypodermiques de 0gr,01 de chlorhydrate de morphine. Des gaz s'échappent par l'anus ou sont libérés par l'introduction de la sonde anale. Deux cathété-

rismes vésicaux seulement dans les vingt-quatre heures. L'opérée mange un œuf, du lait, du consommé. La réunion paraît bien marcher. Le soir, pilule d'extrait thébaïque.

Quatrième jour, 26 *novembre*. — Nuit agitée et sans sommeil. Douleurs causées par les gaz qui s'échappent rarement seuls et nécessitent de fréquentes introductions de la sonde anale. Vers 8 heures du matin, le calme se fait. Léger écoulement blanchâtre par le vagin. Mêmes prescriptions. Régime : viande râpée, œuf, lait, grog.

Cinquième jour, 27 *novembre*, 8 h. matin. — Nuit bonne, peau fraîche. Les gaz continuent seuls à troubler grandement la malade ; la sonde anale est introduite et laissée à chaque fois quelque temps à demeure. Même régime et mêmes prescriptions.

Sixième jour, 28 *novembre*. — Même état, même régime, mêmes prescriptions.

Septième jour, 29 *novembre*, 8 h. matin. — Les sutures sont retirées, la réunion est entière. Injection vaginale et toilette soigneuse des parties extérieures. Le bandage roulé autour des genoux est maintenu. Prescriptions et régime, les mêmes, côtelette en plus.

Neuvième jour, 1er *décembre*, 8 h. matin. — Tout est en parfait état ; l'écoulement vaginal a complètement cessé. La malade urine seule, mais chaque miction est toujours suivie d'un lavage vaginal.

Dixième jour, 2 *décembre*. — Lavement huileux, le soir, qui est conservé.

Onzième jour, 3 *décembre*. — Vers 5 heures du matin, 10 grammes d'huile de ricin agitée dans du lait ; nouveau lavement huileux pour achever de ramollir les matières et en faciliter le passage. Vers 10 heures du matin, l'opérée ressent des mouvements intestinaux, elle se met dans le décubitus latéral, les cuisses fléchies sur le bassin et d'abondantes évacuations se produisent sans accident. Une légère sensation de brûlure succède seule au passage des matières où se trouvent des morceaux durcis de la dimension d'une grosse noix et qui néanmoins sont rendus sans difficulté.

Depuis ce jour, Mme X... reprit progressivement son régime et son genre de vie habituels, l'intestin étant évacué chaque matin, au besoin à l'aide d'un lavement. La contention de tous les produits intestinaux gazeux ou liquides est entière. Le périnée, mesuré le 29 décembre en présence du médecin habituel présentait — du centre de l'anus au bord antérieur de la fourchette — quarante-deux millimètres de haut, charnu et épais reposant sur une base triangulaire et contractile formée par un vigoureux sphincter.

Deux années et demie après l'opération, il y a quelques mois seulement, je recevais des nouvelles certaines de Mme X. me confirmant son parfait rétablissement et que jamais les fonctions de l'anus n'avaient été plus intactes.

Obs. VII. — *Rupture complète du périnée datant de quatorze ans. — Restauration intégrale de la forme et de la fonction.*

Mme M... 48 ans, grande, blonde, belle constitution, peau blanche

et fine, chairs fermes, un peu d'embonpoint, réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans 1/2, toujours régulièrement jusqu'à la ménopause qui a eu lieu à 43 ans. Époques arrivant sans douleurs, parcimonieuses, durant seulement une journée. Pas de flueurs blanches notables. Depuis l'âge de quinze ans, constipation rebelle qui l'oblige à prendre de fréquents lavements. Deux grossesses, l'une à 28 ans, terminée par une fausse couche de deux mois et demi ; l'autre à 34 ans, terminée à temps par la naissance d'un enfant venu en présentation céphalique. L'accouchement fut très laborieux ; on dut recourir au forceps et l'application en fut très douloureuse et difficile. Au moment de l'expulsion « les cuillers — suivant les expressions de Mme M... sautèrent au plancher et la tête vint d'un coup. »

Depuis ce temps — il y a 14 ans — elle n'a pu retenir les matières liquides ni les gaz. Elle éprouve en marchant des pesanteurs qui se sont progressivement aggravées. Pour soutenir l'utérus et le vagin, elle a subi divers supports, d'abord en caoutchouc, puis en aluminium. Elle accuse le dernier d'avoir empiré encore son état par un écartement excessif des parties et d'avoir provoqué, par les pressions qu'il exerçait, des douleurs de ventre pour lesquelles elle vient de suivre, à Paris, un traitement par des sachets et suppositoirs vaginaux qui a duré trois mois.

Examen le 22 *septembre* 1885. — Le plancher périnéal a complètement disparu, ainsi que la portion antérieure de l'anus. Au milieu de l'ouverture béante s'avancent, en avant, une vésicocèle volumineuse et sensible ; en arrière, un commencement de rectocèle dont les replis anfractueux et bombés voilent l'extrémité inférieure de la paroi recto-vaginale qui se termine, à 2 centimètres environ au-dessus du niveau de la demi-circonférence anale postérieure, par un rebord cicatriciel, mince et tendu, derrière lequel prolabe la muqueuse rectale, rouge et sanguinolente. L'utérus est abaissé, sensible au déplacement ; le col est gros, violacé, le canal cervical rempli de mucus.

Après quelques semaines de repos au lit et de pansements, toute trace d'inflammation locale avait disparu, et le 2 novembre 1885, je pratiquai la restauration des parties avec l'aide de mes amis, MM. les Drs Welling, Tourneux et Gerboin.

Opération. — Les précautions préparatoires et les détails de l'opération furent identiquement ceux que j'ai décrits. Je dois relater un incident qui m'effraya beaucoup. Mme M..., croyant bien faire, avait, le matin de l'opération, substitué au lavement simple que je lui avais prescrit, un lavement à la glycérine. Alors, au beau milieu de la dénudation, sous l'influence de quelques efforts de vomissement, une débâcle de matières fécales liquides et huileuses se produisit, qui inonda le champ opératoire. Je fus d'abord très perplexe, car, dans certaines circonstances, un insuccès serait un désastre, et je me demandai si je devais continuer. Je m'y résolus bravement, et, après avoir nettoyé les parties avec la solution à 1/1000 de bichlorure de mercure, mis une éponge dans le rectum pour prévenir, autant que possible, le retour

du contretemps, je me remis à l'œuvre, cette fois sans encombres, et la suite ne m'a pas fait repentir de ma détermination.

La partie délicate et longue fut, comme toujours, l'avivement de la portion médiane de cette paroi recto-vaginale déformée en rectocèle, couverte d'irrégularités et de replis; l'avivement précis des bords déchirés de la muqueuse vaginale, sans empiéter sur la muqueuse rectale et anale, d'où dépend, au point de vue fonctionnel, le succès de l'opération.

Avec une longue et forte aiguille, emmanchée d'une courbure convenable, le passage des fils, même celui du fil d'Emmett, est aisé. Six fils furent ainsi introduits : les trois postérieurs cheminant tout le temps dans l'épaisseur des tissus (1PP — 1'PP', 2PP — 2'PP' — 3PP — 3'PP'); les trois antérieurs traversant le vagin (1P*a* — 1'P*a*', 2P*a* — 2P*a*' — 3P*a* 3P'*a*).

La vessie fut ensuite évacuée, le vagin nettoyé par une injection au 1/300 de bichlorure; la malade remise au lit, les genoux tenus rapprochés par une bande de flanelle et élevés par un traversin. Une injection hypodermique de 0gr,01 de chlorhydrate de morphine est faite pour empêcher les vomissements chloroformiques et immobiliser les intestins. L'opération dura deux heures. Prescription : grog léger ou thé glacés par cuillerées à bouche à la demande de l'opérée.

Premier jour, 2 *novembre*, 4 h. soir. — Vomissement, injection hypodermique de 0gr,005 de chlorhydrate de morphine.

8 h. soir. — Quelques vomiturititions. Injection hypodermique de 0gr,005 de chlorhydrate de morphine. Cathétérisme; injection vaginale avec un demi-litre d'eau coupée au tiers de la solution au 1/1000 de bichlorure de mercure.

Deuxième jour, 3 *novembre*, 7 h. matin. — Nuit assez agitée, quelques nausées. Injection hypodermique de 0gr,005 de chlorhydrate de morphine. Cathétérisme et injection vaginale avec la solution antiseptique au 1/3000 de bichlorure, qui sera employée pour toutes les injections vaginales et la toilette des parties extérieures. Régime : lait, thé, grog, par cuillerées à bouche.

2 h. soir. — Nausées disparues. Cathétérisme et injection vaginale.

9 h. soir. — Cathétérisme, injection vaginale, injection hypodermique de 0gr,005 de chlorhydrate de morphine.

Troisième jour, 4 *novembre*. — Évacuation naturelle de gaz par l'anus.

7 h. matin, 1 h. soir, 9 h. soir.—Cathétérisme et injection vaginale. Matin et soir, injection hypodermique de 0gr,005 de chlorhydrate de morphine. Lait, thé, grog à discrétion.

Quatrième jour, 5 *novembre*, 7 h. matin. — Nuit agitée. L'opérée se plaint d'envies d'aller à la selle et de rétention gazeuse. J'introduis dans l'anus une grosse sonde uréthrale en caoutchouc rouge n° 24, filière Charrière, qui donne issue à une grande quantité de gaz et à des matières fécales liquides. Je donne, en lavement, 1 centigramme d'extrait gommeux d'opium dans 20 grammes d'eau environ et je retire la sonde

anale. Cathétérisme, injection vaginale, injection hypodermique de 0gr,005 de chlorhydrate de morphine.

2 h. soir. — Mme N... a mangé un œuf. Cathétérisme, injection vaginale, injection hypodermique de 0gr,005 de chlorhydrate de morphine. Introduction de la sonde anale, qui livre passage à des gaz et à une petite quantité de liquide fécal. La sonde anale est laissée en place et sera retirée à la demande de l'opérée.

9 h. soir. — Cathétérisme, injection vaginale et injection hypodermique de 0gr,005 de chlorhydrate de morphine. Introduction de la sonde anale, qui ne laisse échapper que très peu de gaz et point de matières liquides.

Cinquième jour, 6 *novembre*. — Mme M... demande à manger et se plaint seulement des fils; couchée sur le côté, elle rend naturellement des gaz.

A 7 h. matin, 2 h. soir, 10 h. soir. — Cathétérisme, injection vaginale, introduction de la sonde anale pour s'assurer qu'il n'y a pas de tension gazeuse ; matin et soir une pilule de 0gr,01 d'extrait thébaïque.

Sixième jour, 7 *novembre*. — L'opérée a mangé une huître et a sucé un beefsteak ; toujours lait, thé, grog à discrétion.

A 8 h. matin, 1 h. soir, 5 h. soir, 12 h. soir. — Cathétérisme, injection vaginale, sonde anale. Matin et soir, pilule de 0gr,01 d'extrait thébaïque.

Septième jour, 8 *novembre*, 8 h. matin, 5 h. soir, 12 h. soir. — Cathétérisme, injection vaginale et sonde anale. Mme M... mange deux huîtres et un beefsteak, prend du lait, du thé, du grog, et se trouve très bien. Matin et soir, pilule d'extrait thébaïque.

Huitième jour, 9 *novembre*, 8 h. matin. — Mme M... est portée sur une table et les sutures sont retirées. Elles commençaient à gêner beaucoup, et le long des fils se faisait une certaine suppuration ; les fils avaient provoqué à leur point d'entrée et de sortie une petite ulcération superficielle, de la largeur de la moitié d'une lentille. L'anus est reformé, le périnée long et solide. Cathétérisme, injection vaginale et toilette soigneuse. Prescription : un œuf et une côtelette, le reste comme les jours précédents.

5 h. soir, 10 h. soir. — Cathétérisme et injection vaginale.

Neuvième jour, 10 *novembre*, 9 h. matin, 4 h. soir, 10 h. soir. — Cathétérisme et injection vaginale. Mme M... se dit rajeunie de quatorze ans et a de la peine à contenir sa joie de pouvoir enfin retenir ses gaz ou les chasser avec bruit.

Dixième jour, 11 *novembre*, 7 h. matin, 9 h. soir. — Cathétérisme et injection vaginale. Le soir, lavement à l'huile pour préparer l'exonération intestinale fixée au lendemain.

Onzième jour, 12 *novembre*. — A 6 h. du matin, 10 grammes d'huile de ricin émulsionnée dans du lait chaud ; à 8 heures du matin, nouveau lavement à l'huile ; à 11 heures du matin, l'opérée, mise dans le décubitus latéral gauche, les cuisses demi-fléchies sur le bassin, expulse des selles abondantes, moulées et d'un fort calibre. Ensuite, lavage rectal avec 125 grammes d'eau additionnée d'une cuillerée à bouche de la solution

au 1/1000 de bichlorure. Cathétérisme, injection vaginale et toilette.
A partir de ce jour, Mme M... a uriné seule, un lavement laxatif a assuré une évacuation quotidienne après laquelle le rectum et le nouvel anus sont nettoyés au moyen d'un quart de lavement avec de l'eau tiède ayant bouilli additionnée d'une cuillerée à bouche de la liqueur de bichlorure au 1/1000. L'injection vaginale et la toilette des parties continuent à être faites avec le même liquide. Le 10 décembre, six semaines après l'opération, je revoyais Mme M... avec mes amis les Drs de Welling et Gerboin, et nous constations ensemble : un périnée normal de nullipare, mesurant, du centre de l'anus au bord postérieur de l'orifice vulvaire, 44 millimètres ; traversé dans son milieu par une belle ligne cicatricielle formant raphé. En arrière, l'anus fermé, muni de ses plis rayonnés antérieurs, se contracte au-devant du doigt ; en avant, s'ouvre à la naissance des petites lèvres un petit orifice vaginal admettant un doigt et non plus. L'index de la main droite introduit dans le vagin, celui de la main gauche introduit dans l'anus, s'assurent de l'épaisseur du corps périnéal dont la base — entre l'anus, la peau et le vagin — constitue un triangle charnu et contractile de plus d'un centimètre d'épaisseur. D'ailleurs, Mme M... nous confirme que l'anus n'a jamais mieux rempli son rôle, que, livrant facilement passage à des matières naturelles et moulées, il ne laisse involontairement échapper ni un liquide, ni un gaz.

Aujourd'hui, 25 juillet 1886, je puis affirmer que la restauration intégrale de la forme et de la fonction ne s'est pas démentie.

Discussion.

M. Richelot estime que le procédé d'Emmett-Jude Hue est supérieur à tous les autres ; il est le plus simple d'exécution et prévient efficacement la fistule recto-vaginale, qui succédait souvent aux anciens procédés. Cependant, il y a des cas rares où il n'est pas suffisant, les cas où la cloison recto-vaginale a été déchirée dans une grande hauteur, et où l'éperon, pour ce motif, est très élevé ou très mince.

M. Richelot a fait quatre fois la périnéorrhaphie depuis quelques années : deux fois par le procédé d'Emmett, et les deux malades ont très bien guéri, au point de vue de la forme et de la fonction. Deux autres fois, il a dû modifier sa conduite : dans un premier cas, la déchirure était profonde et l'éperon très élevé ; dans le second, l'éperon n'était pas à plus de 3 centimètres de hauteur, mais il était constitué par une lame extrêmement mince, cicatricielle, et l'avivement de la surface vaginale de l'éperon l'eût réduit à une lamelle sans épaisseur, dans laquelle il eût été impossible de passer des fils sans arracher le tissu. M. Richelot, qui était assisté de M. Verchère, chef de clinique à la Pitié, dut renoncer à l'avivement d'Emmett, et adopta le procédé de M. Richet, qui consiste

à dédoubler la cloison, de manière à obtenir une large surface cruentée en forme de sinus ouvert en avant, puis à continuer de chaque côté la dissection de la muqueuse vaginale pour en former deux lambeaux latéraux, avec lesquels on reconstitue, par une suture médiane, la paroi postérieure du vagin. On fait d'ailleurs la réunion du périnée comme dans le procédé d'Emmett.

Les deux malades, chez lesquelles M. Richelot a fait ainsi le dédoublement de la cloison et la suture de la muqueuse vaginale, ont recouvré l'intégrité de la forme et de la fonction comme les deux autres. Il est assez curieux que, sur quatre faits, l'occasion ait surgi deux fois d'abandonner le procédé pur et simple d'Emmett, car M. Richelot est sûr que ce dernier répond merveilleusement à la grande majorité des cas. Il est bon, néanmoins, de savoir qu'il peut se trouver en défaut dans les déchirures compliquées, et que celui de M. Richet mérite de ne pas tomber dans l'oubli.

M. Polaillon pense, comme M. Richelot, que l'opération de M. Jude Hue est excellente dans la plupart des cas de rupture du périnée ; mais, comme son collègue, il estime également que, dans certain cas, il y a lieu de recourir au dédoublement de la cloison recto-vaginale et à la suture vaginale.

M. Tillaux déclare qu'il a obtenu des résultats merveilleux de la périnéorrhaphie depuis qu'il pratique cette opération d'après le procédé d'Emmett et Jude Hue ; ce procédé met plus sûrement à l'abri des petites fistules qui, après la périnéorrhaphie par les procédés anciens, persistaient avec une ténacité désespérante.

Communication.

Calcul. — Hémorrhagies vésicales abondantes. — Taille sus-pubienne. — Siphon vésical. — Guérison,

Par M. le professeur Poncet (du Val-de-Grâce).

M. F..., âgé de 51 ans, commis principal au Ministère de la guerre, entre le 5 mai dans mon service au Val-de-Grâce, pour un calcul vésical.

Le malade est d'une bonne constitution, un peu nerveux, ayant toutefois, jusqu'à l'âge de 40 ans, possédé une santé parfaite.

Son père et sa mère sont bien portants, mais son grand-père a eu la pierre.

C'est de 40 à 46 ans que M. F... a ressenti les premières atteintes de son mal, sous forme de deux crises de coliques néphrétiques. En 1884, pendant l'été, il éprouvait de la pesanteur en marchant et

une cuisson d'abord assez légère en urinant. Ces douleurs augmentèrent jusqu'au mois de décembre, époque à laquelle le malade se décida à consulter un de nos confrères de la Société, qui reconnut l'existence d'un calcul vésical.

La pierre fut enlevée par la lithotritie avec le chloroforme : l'opération dura trois quarts d'heure, ne fut suivie d'aucun accident, et semblait devoir fournir un rétablissement parfait. Après une période de quinze jours, la santé était rétablie et tout sentiment de gêne à la vessie avait disparu.

Cependant, au bout de six mois, c'est-à-dire au commencement de l'année 1885, les symptômes de cuisson, bien connus du malade, pendant l'émission des urines, se reproduisirent très nets, allant même en augmentant jusqu'au mois de mai 1886, époque à laquelle le malade se décida à entrer au Val-de-Grâce.

Le 8 mai, je pratiquai une exploration rapide, qui me permit de constater en effet la présence d'un calcul, que je saisis dans la deuxième exploration plus complète deux jours après. Le lithotriteur marquait un écartement de 4 centimètres et demi forts. J'essayais en même temps avec l'instrument le plus puissant, marchant au pignon, de briser le calcul; malgré toute la force que je déployais, et ensuite celle d'un aide vigoureux agissant pendant que je tenais le lithotriteur, le calcul résista et ne donna pas la moindre poussière. Il avait été saisi cependant par le plus petit diamètre, comme le démontrent les traces de pression sur le calcul extrait.

Cette séance n'avait pas duré plus de cinq minutes, montre en main.

Comme la première fois, le malade n'eut aucune fièvre ni le jour ni le lendemain; il ne souffrait pas et put même se promener le soir. Le lendemain il se fatigua et marcha un peu trop dans la soirée, entraîné par une visite au jardin.

Quelques heures après la promenade, M. F... s'aperçut qu'il pissait du sang, et le matin je trouve le malade urinant un liquide rouge par regorgement; le ventre était ballonné; un peu de fièvre. Potion d'ergotine, limonade sulfurique, glace sur le ventre.

La situation demandait une intervention immédiate, l'urine sortait difficilement, la vessie remontait à 12 centimètres au-dessus du pubis; elle était trilobée, pas très douloureuse. Le pouls devenait petit, fréquent; le matin, une tendance au hoquet, quelques renvois se produisirent.

Ma décision était prise depuis la deuxième exploration : M. F... avait été lithotritié en 1884, mais aujourd'hui le calcul volumineux et très dur ne me semblait plus justiciable de la même opération. L'hémorrhagie, survenue sans cause très positive, semblait indiquer une prédisposition à ces accidents. D'un autre côté, bien que la prostate ne fut pas très hypertrophiée, il est certain qu'on la sentait, et qu'à cet âge, chez un fonctionnaire des bureaux, nous devions la rencontrer épaissie et difficile à traverser dans une taille inférieure.

Tout bien pesé, je proposais la taille sus-pubienne qui, acceptée,

fut exécutée, le 17 mai, avec le concours de mes collègues et amis M. le professeur Chauvel et de M. le professeur agrégé Poulet.

L'introduction du ballon de Petersen fut faite en injectant 150 grammes d'eau seulement; car la vessie était remplie de sang, dure, et remontait déjà à 12 centimètres au-dessus du pubis. L'incision sur la ligne médiane montra près du pubis de grosses veines très développées qui durent être prises entre deux ligatures.

L'incision de la vessie au bistouri boutonné donne issue à une grande quantité de caillots sanguins, qui remplissent le champ opératoire et sont extirpés avec les doigts. Au milieu d'eux et en haut, je saisis le calcul que j'enlève aisément avec une tenette droite. Ses dimensions étaient 46, 34 et 19 millimètres; son poids, 27 grammes; sa composition, de l'acide urique presque pur[1]. La vessie est lavée à grande eau boriquée et, quand elle est exsangue, inspectée pour reconnaître s'il n'y avait pas d'autres calculs.

Cette exploration étant négative, la vessie n'est pas suturée; mais, dans la plaie qui s'est déjà rétrécie, je place deux longs tubes en caoutchouc rouge (de 3 à 4^{mm} de diamètre), adossés en canon de fusil, fixés par un fil à la plaie abdominale et venant plonger dans un urinoir bien aseptique. Deux plans de suture, l'un profond, l'autre superficiel, en fil d'argent, sont placés sur la plaie abdominale qui est réunie dans sa longueur à l'exception du passage des tubes. La plaie de la vessie fut abandonnée à elle-même. Pansement antiseptique rigoureux après lavage des parties voisines.

18 *mai*. La température est montée le soir de l'opération à 38°,8. Nuit bonne. Ventre non douloureux. Pas de hoquet, bien qu'une piqûre de morphine (première) ait amené le rejet du repas. Le soir, T. 40°,2. Le pansement a été mouillé par l'urine.

19 *mai*. Le malade a eu quelques hoquets dans la nuit, mais le ventre reste absolument sans douleur, même près de la plaie. Les tubes fonctionnent bien, amenant par siphon l'urine dans le vase. Lavages abondants pratiqués en introduisant une sonde par la verge: l'eau boriquée ressort parfaitement par les tubes qui sont enfoncés et ne provoquent cependant aucune douleur dans la vessie. T. 38°,7.

20 *mai*. T. 38°,4. Pas de douleur dans l'abdomen, les lavages se font régulièrement et l'eau est amenée par les tubes dans l'urinoir, qui est vidé trois à quatre fois par jour. Le malade se nourrit de lait qu'il aime beaucoup.

25 *mai*. T. 37°,6. La plaie bourgeonne rapidement. Le siphon double continue à fonctionner. L'urinoir est vidé six à sept fois dans les vingt-quatre heures.

29 *mai*. T. 37°. Un des tubes est enlevé. Les sutures d'argent sont coupées et extirpées, et j'essaie de placer une sonde à demeure dans le canal et un tube vésical très petit.

Le soir, le pansement a été mouillé par l'urine, qui ne s'est pas

[1] En faisant couper ce calcul, nous avons constaté qu'il contenait au centre un petit fragment du premier calcul enlevé par la lithotritie.

écoulée par la sonde; celle-ci n'a peut-être pas gardé sa place dans la vessie. Quoi qu'il en soit, je replace un tube vésical siphon plus volumineux, celui des premiers jours, et l'urine reprend son cours. État général excellent.

30 *mai*. Les tubes sont enlevés, et j'apprends au malade à se passer une grosse sonde en caoutchouc, mais qui pénètre librement. M. F... pratique le cathétérisme toutes les deux heures. La vessie conserve jusqu'à 200 grammes d'urine.

1er *juin*. L'urine ne sort plus par la plaie qui se ferme rapidement.

2 *juin*. Le malade a pu uriner seul, sans sonde, cette nuit. Un des point de suture profonde laisse sortir un peu d'eau boriquée quand on nettoie la vessie par injection dans la grosse sonde molle.

3 *juin*. Un peu d'embarras gastrique et peut-être quelques symptômes d'absorption iodoformique. T. 38°,4; P. 100. Purgatif léger. Pansement au coton simple, aseptique. Aucune goutte d'urine ne sort plus par la plaie.

8 *juin*. État général excellent : le malade reprend de l'embonpoint; la plaie est réduite à une fistulette où passe un fil de catgut.

L'opéré quitte l'hôpital le 11 juin; je le revois chez lui et je constate l'excellent état de la plaie presque fermée (14 juin), et ne laissant plus sortir aucune trace de liquide. La cicatrice est définitive le 25.

29 *juin*. Le malade revient au Val-de-Grâce me confirmer sa guérison et son départ pour la campagne.

J'ai pensé qu'il y avait un intérêt réel à vous présenter cette observation puisqu'elle démontre, dans ce cas spécial, l'utilité et les avantages de la taille sus-pubienne, et dans le pansement, l'action efficace des tubes de M. Périer.

Il est certain en effet, étant donnée l'hémorrhagie grave qui s'est produite après la deuxième exploration, le volume du calcul dont les diamètres respectifs étaient de 46, 34 et 20 millimètres (poids, 27gr), sa dureté extrême, il est certain qu'il ne fallait pas songer à une taille par la prostate. Quoique possible en brisant le calcul dans la vessie avant de l'extraire, l'incision périnéale imposait des manœuvres dangereuses et incertaines dans une vessie distendue par les caillots : caillots qu'il eût été, en outre, fort difficile d'enlever par la voie inférieure.

Or, il y avait, je crois, urgence d'opérer; le calcul rugueux avait problablement érodé la vessie; l'hémorrhagie continuait depuis dix-huit heures, la fièvre s'allumait avec un pouls petit et péritonéal, l'urine sortait avec peine, et les sondes introduites étaient oblitérées par les caillots; bref, la situation devenait inquiétante.

La taille sus-pubienne levait immédiatement toutes les difficultés prévues : extraction facile du calcul, des caillots, lavage à grande eau de la vessie, possibilité de vérifier même la continuation

de l'hémorrhagie si elle se produisait, ce qui était peu probable après l'extraction du calcul.

En réalité, tout s'est passé très simplement, plus simplement que dans une opération ordinaire, car la vessie venait d'elle-même se placer sous le bistouri, à la ligne blanche. Le péritoine ne fut pas aperçu, ni relevé par conséquent. Le calcul était à la partie supérieure et dans la poche vésicale la plus élevée; nous avons dit que la vessie était trilobée sous la distension des caillots. L'hémorrhagie vésicale s'arrêta spontanément par les lavages à l'eau boriquée froide : nous nous étions tenu éloigné du col où passaient de grosses veines très dilatées.

Les suites de l'opération ont été fort simples, l'observation le prouve ; cependant il nous semble que la courbe de cette opération présente dans les premières vingt-quatre heures un sommet inquiétant attribuable à la réaction péritonéale.

Notre opéré n'a pas eu de péritonite; néanmoins, je dirai qu'il était sous une influence péritonéale : pouls petit, assez fréquent, un ou deux vomissements après les repas, ballonnement sans douleur, il est vrai, mais éructations fréquentes. C'est en un mot une menace qui s'arrête, à condition que l'antisepsie la plus rigoureuse surveille les symptômes ultérieurs, prêts à se montrer. De tels accidents existent, il est vrai, dans la taille périnéale : mais je me demande si, dans la taille sus-pubienne où l'urine mouillera toujours la plaie et le tissu cellulaire voisin, pendant les premiers jours, ils pourraient être absolument évités. La suture intégrale, si j'ose dire, de la vessie et de l'abdomen aurait seule qualité pour éloigner toute menace de péritonite; mais nous savons que, jusqu'ici, elle n'a pas réussi.

Je considère comme un moyen d'une efficacité incontestable l'emploi des deux tubes accollés, descendant profondément dans la vessie, et fixés par un point de soie phéniquée à la paroi de la plaie. Malgré les remarques de M. Giron, d'Aurillac, (*Bulletin de thérapeutique,* août 1884), malgré le procédé plus récent de Demons (de Bordeaux), qui revient au tube uréthral hypogastrique de Heurteloup, l'observation que j'apporte prouve le bon fonctionnement du siphon simple, sans sonde uréthrale.

Le malade vidait son urinoir rempli de cette façon cinq ou six fois par jour, et les tubes ont agi pendant douze jours.

M. Giron pense qu'avec l'emploi des tubes, les malades conservent ce corps étranger en moyenne quarante jours, tandis que sans leur concours la plaie se fermerait en quinze jours. Le fait que j'ai l'honneur de vous soumettre prouve que, au bout de douze jours, la vessie conservait l'urine facilement. La cicatrisation

n'avait donc pas été arrêtée par la présence du siphon en caoutchouc.

J'estime cette méthode supérieure à celle du drain qui traverse l'ouverture abdominale et le méat, parce que l'inefficacité de la sonde uréthrale pour vider la vessie est démontrée dans la taille sus-pubienne, parce qu'il est certain aussi qu'une sonde ne peut rester plus de cinq à six jours dans le canal en permanence sans produire des phénomènes d'irritation, sans amener du pus et le globule purulent est l'ennemi que nous devons éloigner par tous les moyens. Le pus dans le canal, avec un tube conducteur, c'est l'urine purulente à bref délai.

Au contraire avec les tubes vésicaux, le canal reste libre et intact, l'urine s'écoule largement, nous l'affirmons, jusqu'au jour où, supprimant le dernier siphon, la vessie conserve assez d'urine pour que le blessé se sonde toutes les deux heures, puis toutes les trois ou quatre heures, mais sans garder la sonde.

S'il existe un désaccord sur l'emploi du siphon, c'est qu'il a été placé de façon à ne pas fonctionner.

Pour vider la vessie, les deux tubes doivent être enfoncés profondément et mesurer au moins 4 millimètres de diamètre interne. Amorcés, ils plongent par leur bout inférieur dans un urinoir aseptique dont le niveau est plus bas que l'anus; de cette façon, quand le niveau s'élève dans le bas-fond de la vessie, l'écoulement est assuré; un index interrupteur en verre, coupant le caoutchouc vers la hauteur du scrotum, permet de suivre le fonctionnement.

Concluons que la taille sus-pubienne dans le cas d'hémorrhagie vésicale avec distension de la cavité, et rétention d'urine imminente, permet de parer rapidement à tous les accidents et d'enlever des calculs difficiles à extraire par d'autres méthodes.

Si les premiers jours qui suivent cette opération sont quelquefois plus inquiétants que dans les autres méthodes, l'antisepsie rigoureuse donne toute sécurité pour arrêter les complications péritonéales. Les tubes-siphons de M. Périer, bien placés, amènent l'évacuation régulière de la vessie sans retarder la cicatrisation vésicale.

La suture de cette organe nous a paru aussi inutile, car la cicatrisation s'est faite en quinze jours, la plaie étant abandonnée à elle-même.

Un des dangers de la lithotritie sera toujours de laisser dans la vessie des fragments qui deviennent le point de départ d'un autre calcul. Nous voyons, en effet, dans cette observation, qu'une pierre de 27 grammes, de 46 millimètres de diamètre, composée d'acide urique pur, s'est formée en 11 mois.

Présentation d'appareil.

M. Richelot présente, au nom de M. le Dr Chassagny, de Lyon, un nouveau *dilatateur œsophagien,* destiné à remplacer les olives cylindro-coniques et à obtenir le maximum de dilatabilité dont l'œsophage est susceptible.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 6 octobre 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques du 11 août au 5 octobre ;

2° *Polypes fibreux naso-pharyngiens,* par le Dr Capart (de Bruxelles ;

3° *La Vie universelle et la rage,* par Hubert Boens ;

4° Discours prononcés sur la tombe du Dr Mazaé Azéma (de la Réunion), membre correspondant national de la Société ;

5° *Contribution à l'étude des localisations cérébrales,* par le Dr Alberto Alberti (de Buenos-Ayres) ;

6° L'article Tétanos, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* par le Dr Mathieu, médecin principal de l'armée ;

7° *Sur un cas de corps étrangers de l'articulation du coude,* par le Dr Gabriel Roux (de Marseille). (Commissaire : M. Bouilly) ;

8° M. le Dr Nicaise demande un congé de deux mois pour raison de santé ;

M. Magitot demande un congé d'une semaine pour raison de santé ;

M. Reclus demande un congé pendant la durée du concours de l'internat;

9° *Bulletins et Mémoires de la Société française d'ophthalmologie*, 4e année, 1886, offerts par M. Poncet;

10° *Observation de pyométrie*, par le Dr Ferret. — *Deux cas d'opération de* Lefort. — *Note sur un cas de fracture indirecte de la base du crâne,* par le même (Commissaire : M. Polaillon);

11° *Myopie acquise*, causes et pathogénie, par le Dr Ferret (de Meaux) (Commissaire : M. Poncet).

M. le secrétaire général donne lecture du travail suivant, adressé à la Société par M. Fleury (de Clermont-Ferrand), membre correspondant :

Quelques considérations sur l'état de l'intestin dans la hernie étranglée.

Je désire appeler un instant l'attention des membres de la Société de chirurgie sur un fait relatif à l'opération de la hernie étranglée qui peut nous créer des difficultés : c'est lorsque l'intestin, sans être complètement perforé, est tellement aminci qu'il est réduit à sa tunique séreuse. Dès que l'étranglement est levé, le cours des matières qui distendent le bout supérieur se rétablit brusquement et fait céder le seul obstacle qui s'opposait à leur sortie; de là une rupture complète de l'organe et un épanchement dans l'abdomen si l'anse intestinale a été réduite; dans le cas où la réduction n'a pas été opérée, établissement d'un anus contre-nature, qui peut guérir si les forces du malade n'ont pas été épuisées par les douleurs qu'il a ressenties.

Cet incident, si commun dans les hôpitaux, s'observe parfois dans la pratique civile si la maladie est méconnue.

J'ai eu l'occasion de voir l'année dernière, à Vichy, une dame qui avait une hernie crurale étranglée depuis plusieurs jours.

Comme elle venait à cette station thermale pour y être traitée d'une affection du foie, le praticien qui lui donnait des soins, plus occupé de médecine que de chirurgie, crut avoir affaire à des coliques hépatiques, et perdit un temps précieux à lui administrer des calmants.

Lorsque je fus appelé, je pratiquai l'opération; mais lorsque

l'étranglement fut levé, un flot de matières se répandit à l'extérieur en s'échappant par une ouverture opérée par la circonférence de l'anneau crural.

La malade, affaiblie par les douleurs qu'elle éprouvait depuis plusieurs jours, ne tarda pas à succomber.

Sous ce rapport, la pratique hospitalière est déplorable.

Les gens de la campagne qui en forment la population ne viennent à la ville qu'après avoir épuisé tous les remèdes possibles et s'être adressés à tous les praticiens qu'ils ont sous la main; c'est à qui fera le plus de tentatives de taxis. Dieu sait aussi l'état dans lequel sont les organes qui constituent la hernie.

Le dernier malade que j'ai opéré avait une hernie étranglée depuis sept jours, et avait fait un long trajet pour venir à Clermont. L'anse intestinale était petite, rouge et rénitente; elle était entourée dans toute sa ciconférence par l'épiploon qui lui formait un coussinet en forme de collerette.

La partie sur laquelle avait été exercée la constriction offrait bien une dépression circulaire, mais il n'y existait aucune ouverture; je réduisis, bien convaincu que l'épiploon l'avait garantie.

Je procédais au pansement, lorsque je vis sortir un liquide d'un gris jaunâtre qui, à sa couleur et à son odeur, ne laissait aucuns doutes sur sa nature.

Le malade, affaibli par la longue route qu'il avait dû faire et les douleurs qu'il avait ressenties, fut en proie à une sueur froide des plus abondantes, et mourut au bout de six heures.

Il avait succombé à une péritonite produite par un épanchement de matières dans l'abdomen; c'est ce que nous permit de vérifier l'autopsie.

Nous trouvâmes, en effet, une petite ouverture arrondie qui avait les dimensions d'une tête d'épingle.

En ouvrant l'intestin, nous vîmes que la muqueuse avait été déchirée dans une plus grande étendue.

L'agent constricteur avait agi comme le fil que nous plaçons sur une artère qui coupe les tuniques interne et moyenne en laissant intacte la membrane celluleuse.

Lorsque l'intestin, sans être mortifié, a une ouverture apparente produite par la constriction de l'anneau; lorsqu'il existe une gangrène appéciable, il n'y a qu'une chose à faire : pratiquer un point de suture si la section est assez nette pour qu'on puisse espérer une réunion immédiate, réduire ensuite ou, ce qui me paraît préférable, établir un anus contre-nature après avoir levé l'étranglement. Mais si le péritoine est intact et s'il a échappé par sa souplesse à la constriction exercée par le collet du sac ou par la circonférence des anneaux, que faut-il tenter? Opérer la réduction, sauf à laisser

derrière l'ouverture l'anse intestinale étranglée, si on soupçonne une déchirure partielle des membranes. Mais qu'arrive-t-il ordinairement ? C'est que la lésion est méconnue, on repousse l'anse intestinale dans l'abdomen en s'assurant, au moyen du doigt, qu'il n'existe aucun obstacle intérieur, aucune bride qui puisse s'opposer au libre cours des matières contenues dans l'intestin.

Les liquides, qui se sont accumulés au-dessus de l'obstacle n'étant plus retenus, distendent brusquement la portion de l'organe qui est rétrécie, et en opérent la rupture, ce qui détermine un épanchement dans l'abdomen promptement mortel.

C'est ce qui est arrivé chez le second malade dont j'ai cité l'observation.

Discussion.

M. Terrier. Il me semble que le travail dont il vient d'être donné lecture n'éclaire pas beaucoup la question de la hernie étranglée. L'auteur, en effet, dit qu'il pratique la suture de l'intestin dans certains cas, et que, dans d'autres, il établit un anus contre-nature. Mais, comme il ne fait pas d'antisepsie, je ne puis admettre, dans ces conditions, la suture intestinale. Aujourd'hui, les chirurgiens sont d'accord pour faire la suture de l'intestin, avec toutes les précautions antiseptiques, lorsque les lésions ne sont pas trop étendues. Dans le cas contraire, on a toujours la ressource de l'anus contre-nature.

Rapport.

M. Le Dentu fait un rapport oral sur une observation d'*imperforation complète de l'hymen*, par M. le Dr Oziecki (de Montgeron).

L'imperforation existait chez une jeune fille de 14 ans. Les douleurs étaient vives. — Après avoir vidé la vessie, l'auteur retira par la ponction 575 grammes de liquide sanguin. Il n'y eut pas d'accidents, mais, au bout d'un an, il fut nécessaire d'agrandir l'incision.

Les conclusions du rapport (remerciements à l'auteur et dépôt de son observation aux archives), sont mises aux voix et adoptées.

Présentation d'instruments.

M. Le Dentu présente deux modèles de sondes destinées à être fixées à demeure dans la vessie.

La première, adressée par M. le Dr Bruch, d'Alger, est pourvue d'un tube interne métallique qui s'engage à frottement dans sa portion terminale pour lui donner la rigidité nécessaire à sa fixation.

La deuxième, fabriquée par M. Mathieu, est, par un artifice de fabrication, rendue rigide dans ses deux cinquièmes antérieurs, tandis que la portion qui répond aux régions profondes de l'urèthre et à la vessie est molle et souple.

Discussion.

M. M. Sée. Tous les perfectionnements dont il vient d'être présenté des spécimens sont, selon moi, inutiles. Il m'a toujours suffi, pour maintenir les sondes dans la vessie, de traverser la sonde en avant du méat, par une épingle anglaise, aux extrémités de laquelle j'attache les liens fixateurs.

M. Le Dentu. Je ne saurais partager la confiance de M. Sée. Il arrive très fréquemment, en effet, que les sondes le plus habilement fixées avec des fils et du diachylon enroulé autour de la verge s'échappent du canal. Cet accident ne peut être évité qu'en rendant plus ou moins rigide la portion terminale de la sonde, soit à l'aide du mandrin de baleine dont j'ai parlé, soit par l'un des artifices de fabrication que je viens d'indiquer.

M. Terrier. Je ne comprends pas bien comment la sonde qui vient de nous être montrée peut rester dans le canal sans que sa portion rigide pénètre jusqu'à la région membraneuse. Or, dans ce cas, elle doit difficilement être tolérée. En effet, le contact des sondes à demeure en gomme est des plus pénibles. Je préfère placer simplement une sonde molle en caoutchouc.

M. Desprès. Au risque d'être taxé encore de retardataire, je déclare que j'emploie la sonde à demeure dans les affections prostatiques. Sans doute, les sondes en caoutchouc sont plus facilement tolérées, mais elles ont l'inconvénient de s'échapper. La vieille sonde en gomme est, d'ailleurs, mieux supportée qu'on ne croit par la plupart des malades. Lorsque je pratique l'uréthrotomie externe, c'est elle que je place à demeure dans le canal où elle doit être maintenue longtemps, avec la seule précaution de la renouveler dès qu'elle s'altère. Cette sonde tient toujours bien et ne s'échappe jamais.

M. Le Dentu. Nous ne pouvons discuter maintenant l'utilité des sondes à demeure. Mais il est certain que dans bon nombre de cas, chez les prostatiques, la sonde à demeure est indispensable. Elle évite la répétition si fâcheuse du cathétérisme. C'est pour ces

cas que l'emploi du petit artifice que je viens d'indiquer est utile; il permet de maintenir en place la sonde molle, et l'on n'a pas besoin de pousser la portion rigide très avant dans le canal.

Communication.

Anatomie, physiologie et luxations de l'articulation temporo-maxillaire,

Par M. Farabeuf.

M. Farabeuf expose le résultat des recherches qu'il a faites sur ce sujet, en collaboration avec M. Michaux, prosecteur. Dans une séance ultérieure, il doit présenter les pièces sur lesquelles son travail est édifié.

Le but de M. Farabeuf a été de rechercher et de déterminer quelles sont les causes anatomiques qui maintiennent la mâchoire luxée, dans sa fixité anormale, dans cette attitude caractéristique d'abaissement et de prépulsion.

Lorsque la mâchoire inférieure se luxe, le condyle descend en avant, franchit la racine transverse zygomatique et remonte plus ou moins loin en avant, sous le plan incliné ascendant préglénoïdien, sous-temporal. En même temps, l'apophyse coronoïde s'abaisse et se porte en avant, rapprochant son bord antérieur et son sommet de l'os malaire. La prépulsion et la descente totales que subit la mâchoire tend les ligaments longs postérieur et postéro-interne, stylo-maxillaire et sphéno-maxillaire long, ou sphéno-lingulaire.

L'action des muscles élévateurs est naturellement conservée. Pourquoi donc la bouche reste-t-elle béante?

Est-ce le bec coronoïdien qui s'accroche sous le bord du malaire?

Est-ce le bord antérieur coronoïdien qui, convexe, butte derrière cet os?

Sont-ce les ligaments postérieurs longs qui, distendus, retiennent haut l'angle maxillaire et empêchent, par conséquent, les muscles élévateurs de relever le menton?

Voilà bien les trois théories de *Fabrice d'Aquapendente*, de *Monro* et de *Maisonneuve*, théories plus ou moins connues et données ordinairement chacune comme exclusive des autres.

Il ne s'agit pas, on le voit, du rôle du ménisque, qui peut bien caler le condyle, retarder sa réduction ou le maintenir en subluxation, ainsi que l'ont dit A. Cooper, Demarquay et Mathieu, mais qui ne saurait être l'agent de l'immobilité de la mâchoire luxée,

qui ne saurait empêcher les dents de se rapprocher, et qui, du reste, n'existait pas dans le cas que M. Périer a présenté à la Société de chirurgie.

M. Farabeuf affirme que, suivant les sujets, c'est-à-dire suivant la conformation et les dimensions de la branche montante de la mâchoire et de l'arcade zygomatique dans laquelle joue le coroné, c'est tantôt l'*accrochement sous-malaire du bec,* tantôt le *contact rétro-malaire* du bord coronoïdien convexe, tantôt la simple *tension des ligaments postérieurs longs,* qui empêche les muscles élévateurs de produire leur effet.

1° Il dit que la hauteur du sommet coronoïdien est très variable; qu'à l'état de repos, ce sommet peut ne pas dépasser le niveau du point sous-malaire (bord inférieur de l'os), comme il peut remonter à 3 centimètres plus haut, dans la fosse temporale. La conséquence est claire : trop haut, le sommet ne peut jamais descendre assez bas pour s'accrocher ; trop bas, quelle que soit la prépulsion, il ne peut être un obstacle au relèvement du menton. Il faut donc, pour que l'accrochement sous-malaire soit possible, que celui-ci ne soit ni trop haut, ni trop bas ; il est favorable qu'il soit déjeté en dehors. Dans ces conditions anatomiques, qui ne sont pas rares, on peut, sur le cadavre, comme sur la pièce du musée Dupuytren et les dessins de Demarquay, réaliser la fixité anormale de la mâchoire luxée, par l'accrochement sous- et même légèrement prémalaire du sommet coronoïdien. L'action des muscles élévateurs doit être, bien entendu, suppléée, comme toujours, par un tracteur élastique, un tube de caoutchouc;

2° Il dit encore que l'aire de l'arcade zygomatique où joue le coroné a des dimensions antéro-postérieures variables, suivant les sujets ; que l'on doit en dire autant des dimensions correspondantes de la branche montante de la mâchoire; mais qu'il n'y a pas parallélisme entre ces variations. De sorte qu'à une courte arcade correspond quelquefois une large branche montante, et inversement.

Dans le premier cas, l'intervalle coronoïdo-malaire peut être de 6 millimètres ; dans le second, de 20.

Dans le premier cas, le jeu physiologique de la mâchoire est à peine assuré : à la moindre exagération de prépulsion, il s'établit un contact rétro-malaire du bord coronoïdien antérieur. Dans le second, ce contact est impossible sans une prépulsion telle que le condyle entrerait lui-même dans l'arcade, tendant à remonter dans la fosse temporale.

Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsque le bord antérieur de la coronoïde est normalement à brève distance du malaire, si ce bord est convexe au voisinage du sommet, ce qui est fréquent, et s'il se

produit une prépulsion exagérée, une luxation du condyle, les muscles élévateurs, en cherchant à relever le menton, établissent le contact rétro-malaire du bord coronoïdien, au-dessus du point prééminent de ce bord. L'apophyse coronoïde ne peut remonter, à moins que le condyle ne retourne à sa place, en arrière de la racine zygomatique. Or, celui-ci est retenu, peut-être par le ménisque resté derrière, sûrement par la saillie de la racine transverse zygomatique ; et l'action des muscles élévateurs tend à le maintenir et à l'engager davantage sous son plan incliné ascendant plutôt qu'à le réduire. Sans le contact rétro-malaire, les mâchoires se rapprocheraient. Par ce contact, elles sont empêchées. Les conditions anatomiques favorables à ce mécanisme sont très fréquentes ;

3° Enfin, M. Farabeuf a rencontré des sujets chez lesquels la conformation des parties ne permettait de produire la fixité anormale de la mâchoire luxée, ni par l'accrochement sous-malaire du bec, ni par contact rétro-malaire du bord de la coronoïde, et encore des sujets chez lesquels cet accrochement ou ce contact se serait peut-être produit s'il n'en avait été empêché par un obstacle situé ailleurs et contre-balançant l'action élévatrice des muscles masticateurs. Cet obstacle, ce sont les ligaments sphéno- et stylo-maxillaires qui le créent en tirant en haut et en arrière et en retenant l'angle maxillaire. Dans cette dernière variété, la fixité anormale est obtenue, comme toujours, par trois forces dont celle du milieu est de direction opposée à la direction des deux autres. Ici, nous voyons : au milieu, l'os temporal refouler *en bas* le condyle luxé qui s'y appuie ; en arrière, les ligaments tirer en haut ; en avant, les muscles élévateurs tirer aussi en haut. Tout à l'heure il y avait deux contacts osseux refoulant *en bas* le condyle et le coroné et entre deux une seule force, celle des muscles, tirant *en haut*.

Lorsque la fixité anormale est réalisée par le mécanisme des ligaments, quelle est, ajoute M. Farabeuf, la manœuvre rationnelle pour réduire ?

Voici le but : il faut abaisser le condyle pour le faire repasser en arrière de la racine transverse et du ménisque. Or, cet abaissement est empêché par les deux forces ascendantes, la force antérieure musculaire complaisante, la force postérieure ligamenteuse inextensible. Il faut composer avec celle-ci ; il faut relâcher les ligaments sphéno- et stylo-maxillaires, en exagérant d'abord la béance de la bouche, en abaissant légèrement le menton. Par cette manœuvre, les ligaments sont détendus et cette détente permet aux mains de l'opérateur, dont les pouces pèsent sur les molaires, d'abaisser en masse le maxillaire, malgré les muscles, et de le refouler.

On conçoit que dans les cas où il y a accrochement sous-malaire ou simple contact rétro-malaire les ligaments postérieurs doivent être très près de la limite de leur extensibilité, et qu'un léger abaissement du menton, préalable à toute autre manœuvre, soit quelquefois indispensable à la descente en masse de la branche de la mâchoire.

M. Farabeuf résume ainsi la physiologie : la mâchoire se meut comme une charnière autour de l'axe condylien, et cet axe condylien se meut lui-même autour du centre de courbure de la racine transverse, c'est-à-dire autour de l'axe zygomatique. Cela a été démontré par Karl Langer, en 1860, et vulgarisé depuis.

Discussion.

M. Poncet. Je crois devoir à mon ami le professeur Mathieu de répondre à la communication de M. Farabeuf. Tout d'abord, le rôle des muscles, des ligaments, du ménisque, toute la physiologie de l'article, ont été donnés par M. Mathieu à peu près de la même façon et plus complètement que dans l'exposé que nous venons d'entendre.

M. Mathieu a placé l'obstacle d'une des variétés de luxation de la mâchoire dans la résistance du ménisque resté en arrière. Pour cette luxation sous-méniscoïde, il se passe quelque chose d'analogue à ce qui se produit au pouce. C'est le ménisque qui, maintenu en arrière et en haut par ses solides ligaments, s'oppose à la réduction de la mâchoire.

M. Farabeuf ne nous a rien dit qui détruise cette manière de voir.

Je passe à la théorie véritablement nouvelle, dans certaines parties, de l'accrochement et du *contact*.

L'accrochement au tubercule n'est pas admissible avec le muscle temporal, qu'il faut supposer déchiré, circonstance qui ne se rencontre pas.

Quant au *contact*, comment comprendre que l'application de deux surfaces soit, par elle-même, une difficulté de réduction ?

En somme, je ne trouve dans la communication qui nous est faite aucun argument qui permette de récuser les idées exposées antérieurement par M. Mathieu dont j'ai suivi les expériences au Val-de-Grâce, alors qu'il préparait son remarquable mémoire sur ce sujet.

M. Tillaux. Je suis partisan de la théorie musculaire dans la production de ces luxations, au moins *sur le vivant*, et, à l'inverse de ce que l'on observe pour le pouce, je n'ai jamais vu de luxation de la mâchoire irréductible.

Quel que soit le siège précis du centre de rotation du maxillaire, j'estime que la luxation se produit toujours dans un mouvement forcé d'abaissement. Le condyle se porte en avant de la racine transverse de l'arcade zygomatique, et les muscles, en se contractant dans une nouvelle direction, maintiennent le déplacement du condyle. De même, pour l'humérus déplacé, dès que la résistance des muscles est supprimée, le moindre effort suffit pour réduire la luxation.

Il faut donc, dans la pratique, ou mettre les muscles dans le relâchement, par l'anesthésie, ou agir sur le maxillaire avec une force supérieure à la résistance musculaire.

C'est à ce dernier moyen que j'ai recours. Mais ce n'est pas en augmentant la *béance* de la mâchoire, comme l'a dit M. Farabeuf, qu'on arrive à ce résultat. C'est en abaissant le condyle avec les pouces, manœuvre qui a pour effet de diminuer la béance.

Je n'admets pas la théorie dite ligamenteuse dont il vient d'être question. Quant à l'accrochement de l'apophyse coronoïde, je n'y crois pas non plus. C'est une théorie de cabinet, malgré l'appui que semble lui fournir la pièce de Nélaton.

M. Poncet. Le travail de M. Mathieu a montré que la section des muscles n'empêchait pas toujours, sur le cadavre, la luxation de persister. Dans ces cas, le ménisque interarticulaire faisait seul obstacle.

M. Tillaux. S'il en était ainsi, sur le vivant, on devrait rencontrer des cas de luxation irréductible. Or, je n'en ai pas vu d'exemple.

M. Farabeuf. Je n'ai nullement eu pour but, dans ma communication, de contredire ce qui a été avancé par M. Mathieu. Mais me plaçant sur le terrain de l'expérimentation cadavérique, j'ai montré les trois causes qui peuvent amener la fixité du condyle lorqu'il est sorti de sa cavité, à savoir : l'accrochement de l'apophyse coronoïde que j'ai observé dans quelques cas ; le contact rétro-malaire que j'ai vu plus souvent ; enfin la résistance ligamenteuse.

J'ai laissé de côté, volontairement, tout ce qui a rapport au ménisque.

Quant au siège du centre de rotation des mouvements, les nombreux travaux des Allemands, dans le détail desquels il m'est impossible d'entrer, l'ont fixé tel que je l'ai indiqué.

M. Tillaux dit que pour la réduction de la luxation sur le vivant, il faut triompher de la résistance des muscles élévateurs. Cela est exact, mais pour arriver à ce but, il faut commencer par abaisser le maxillaire et augmenter ainsi la béance.

M. Tillaux. Ce qu'on abaisse, dans les manœuvres de réduction,

c'est la partie postérieure du maxillaire. Il ne faut donc pas dire qu'on doit augmenter la béance de celui-ci.

Présentation de malade.

M. Polaillon présente à la Société le malade auquel il a extrait par la taille stomacale une fourchette de fer qu'il avait avalée.

Les détails de l'observation ont été fournis par M. Polaillon lors de la présentation du même malade à l'Académie de médecine.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 13 octobre 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Des fractures dites indirectes des os longs par petits projectiles de guerre,* par le Dr Lacronique, aide-major au Val-de-Grâce ;

3° *Rabelais médecin,* par le Dr Félix Brémond, avec notes et commentaires ;

4° *Deux corps étrangers dans l'iris et dans l'humeur vitrée; guérison,* par le Dr Rolland (de Mont-de-Marsan) ;

5° *Annual report of the Smithsonian Institutions* pour 1884. Envoi de M. le ministre de l'Instruction publique ;

6° Une lettre de notre collègue M. Marc Sée demandant à

échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire;

7° M. Heurtaux, membre correspondant national, envoie un travail intitulé : *Torsion et rupture du pédicule des kystes de l'ovaire; nouveaux faits pour servir à leur histoire;*

8° Congrès français des chirurgiens, deuxième session. — Informations et documents divers.

M. le Président propose à la Société de remettre au mercredi 27 la prochaine séance, en raison de l'ouverture du *Congrès français de chirurgie*, dont les séances doivent avoir lieu du 18 au 24 octobre.

La proposition est adoptée.

A propos du procès-verbal.

M. Farabeuf met sous les yeux de la Société les pièces anatomiques qui lui ont servi à établir les propositions formulées par lui dans la dernière séance.

Discussion.

M. Tillaux. Dans sa communication, M. Farabeuf s'est demandé pourquoi les sujets atteints de luxation de la mâchoire n'arrivent pas à rapprocher les dents.

L'obstacle consiste, selon moi, dans l'action des muscles élévateurs sur le maxillaire luxé.

La contraction de ces muscles a pour effet de maintenir le condyle au-devant de la racine de l'apophyse zygomatique. Je reconnais que M. Farabeuf a précisé avec soin les différences individuelles qui entraînent les différences de rapports dans les parties luxées. Mais ce ne sont pas là les causes de la luxation, qui, je le répète, résident avant tout dans la contraction des muscles.

M. Desprès. J'aurais été heureux d'entendre M. Farabeuf nous donner le mécanisme de la luxation unilatérale de la mâchoire.

Dans cette luxation, il n'y a pas d'accrochement de l'apophyse coronoïde; la contraction musculaire en est la seule cause, et je m'associe à M. Tillaux, lorsque, d'une façon générale, il insiste sur la théorie musculaire pour les luxations du maxillaire.

Il y a cependant des exceptions. J'ai observé, en effet, un malade venu de province, atteint, depuis un mois, d'une luxation unilatérale de la mâchoire qui avait été méconnue et prise pour une paralysie faciale. Ce malade n'avait plus de dents.

Cependant la réduction de la luxation a présenté des difficultés

dont j'ai été surpris. Pour l'obtenir, j'ai été obligé d'employer la manœuvre indiquée par Nélaton, c'est-à-dire de commencer par abaisser un peu le menton pour dégager l'apophyse coronoïde.

Dans ce cas, il y avait évidemment autre chose que la contraction des muscles qui s'opposait à la réduction. On ne peut donc dire qu'il y ait une cause unique de ces luxations.

M. Farabeuf. Dans ma communication, je ne me suis pas occupé des causes qui produisent la luxation. J'ai seulement étudié les causes qui maintiennent fixées dans leur situation anormale les parties déplacées.

M. Le Dentu. Les pièces et les dessins qui viennent de nous être soumis me paraissent établir très nettement les rapports du maxillaire déplacé avec les os de la base du crâne et ceux de la face. Cependant, je crois que l'accrochement de l'apophyse coronoïde, en raison du tendon puissant qui s'y insère, est bien difficile à réaliser.

Mais je veux attirer l'attention sur un fait clinique qui m'a frappé dans les réductions que j'ai pratiquées, je veux dire la difficulté souvent très grande que l'on éprouve à abaisser le corps de la mâchoire pour dégager le condyle. La résistance, dans ces cas, fait éprouver une sensation particulière qui indique bien qu'elle ne dépend pas des muscles.

Elle est moins élastique, plus fixe, et ne peut dépendre, selon moi, que des ligaments. Les pièces de M. Farabeuf me confirment dans cette idée.

M. Tillaux. La sensation de résistance perçue par M. Le Dentu se produit lorsqu'on essaye la réduction sans chloroforme. Mais dans les luxations de l'épaule, on éprouve une résistance semblable, et cependant, pour cette articulation, ce sont les muscles et non les ligaments qui s'opposent à la réduction. Sauf pour les luxations du pouce, ce sont toujours les muscles qui empêchent la réduction. Aussi je ne crois pas qu'on puisse conclure de ce fait qu'on perçoit une résistance, qu'il s'agit d'un obstacle ligamenteux.

M. Le Dentu. Je me suis appuyé sur la sensation différente que fournit la résistance des muscles. Cet dernière est, en effet, élastique, tandis que pour la réduction des luxations de la mâchoire, on a une sensation de résistance fixe, bien différente, selon moi.

Rapport.

Sur un cas d'imperforation de l'hymen avec rétention du sang menstruel, observé par le Dr Defontaine, médecin en chef du Creusot (Saône-et-Loire).

Rapport par M. Terrier.

La question de l'intervention chirurgicale et de ses suites lors de rétention des règles a occupé la Société de chirurgie à propos d'un fait dû à M. Després. C'est même à cette occasion que le Dr Osiecki communiqua l'observation d'imperforation de l'hymen, rapportée par M. Le Dentu dans la dernière séance.

Le Dr Defontaine (du Creusot), ayant aussi dû intervenir dans un cas de ce genre, a adressé son observation à la Société, et j'ai été chargé de vous en faire un rapport. Voyons le fait observé par M. Defontaine.

Il s'agit d'une fille de 15 ans, qui fut amenée chez notre confrère, le 23 août 1885; cette jeune fille se plaignait de douleurs, de pesanteur et d'*abcès* du côté du rectum, accidents ne datant que de 8 jours.

Le toucher rectal permet de s'assurer qu'il existait en avant de cet organe une masse arrondie, tendue, non fluctuante, remontant très hau dans le bassin. La vulve était oblitérée par une membrane non distendue, reposant sur un plan dur constitué par la tumeur. Ventre un peu gros, non douloureux, sauf à la pression ; pas de tumeur abdominale distincte au palper.

Séance tenante, ponction aspiratrice, probablement à travers l'hymen; on retire un litre de sang couleur chocolat.

La malade fut soulagée, et M. Defontaine se réservait d'opérer une section de l'hymen à la première poussée menstruelle.

Le 3 septembre, soit 12 jours après la ponction, la poche avait repris ses dimensions primitives, ce qui décida à agir de suite.

Anesthésie générale ; incision de l'épaisse membrane qui obturait la vulve, faite couche par couche et dans le sens antéro-postérieur. Après agrandissement de cette ouverture, en haut et en bas, deux incisions latérales sont faites pour faciliter l'évacuation du sang.

Le liquide qui s'écoula était couleur chocolat, mais mêlé d'une certaine quantité de [pus, ce qui lui donnait par parties une coloration blanchâtre.

Cette évacuation faite, injection vaginale avec une solution de sublimé au millième. Des compresses imbibées de la même solution sont maintenues sur la vulve.

La malade retourna le même jour chez elle en voiture, et eut quelques vomissements le soir et le lendemain de l'opération.

On continua les injections vaginales au sublimé, trois fois par jour.

Elles faisaient sortir du pus et du sang, au dire de la mère de la malade ; d'abord très douloureuses, elles furent toujours difficiles, et pendant plus de deux mois l'introduction de la canule dans le vagin fut très pénible.

Trois semaines après l'ouverture de l'hymen, l'écoulement sanguinolent fait place à un suintement muco-purulent qui dura trois autres semaines, et se continua par un écoulement glaireux, albumineux. Ces divers écoulements furent toujours un peu fétides.

Le ventre, d'abord un peu douloureux, diminua de volume et redevint normal ; il n'y eut que des accidents fébriles modérés et accusés, le soir surtout.

Un mois après l'opération, M. Defontaine pratiqua le toucher vaginal, non sans déterminer de douleurs.

Les culs-de-sac latéraux étaient remplis, le cul-de-sac postérieur aussi; l'auteur se demanda s'il avait affaire à une hématocèle retro- et péri-utérine ou bien à une cellulite péri-utérine. Nous reviendrons sur ce point.

A la fin d'octobre, la malade se lève et sort deux mois après avoir été opérée.

Les règles reviennent régulières, mais elles sont un peu douloureuses.

Le 28 décembre 1885, M. Defontaine examina la petite malade et constata une sensibilité assez grande du ventre au-dessus du pubis. Le toucher rectal ne donna rien d'anormal.

Au toucher vaginal : col attiré vers le cul-de-sac latéral droit; la paroi latérale droite du vagin offre au-dessous du col une bride en forme de croissant horizontal à concavité gauche qui semble embrasser le col dans sa concavité. Une autre bride saillante, transversalement située, réunit le col à la paroi gauche du vagin et remplace le cul-de-sac correspondant.

Les parois vaginales sont peu souples, et toute impulsion communiquée à l'utérus provoque une vive douleur. Pas de rétrécissement de l'orifice vulvaire. Persistance de flueurs blanches glaireuses entre les règles; un peu de brûlure en urinant.

En résumé, la rétention indéniable des règles par l'hymen n'a pas amené dans ce cas de dilatation de l'utérus ; mais n'a-t-on pas eu affaire à une hématocèle péri-utérine par regorgement du sang par les trompes, comme le pense M. Defontaine, sans d'ailleurs l'affirmer, car la compression rectale qu'il invoque à l'appui de cette thèse ne prouve pas grand'chose, si ce n'est que le vagin était fort distendu et l'utérus probablement très remonté vers le bassin.

Mais un point important, sur lequel l'auteur insiste à juste titre, c'est que la ponction paraît avoir provoqué la suppuration, ce qui n'a pas lieu d'étonner, car il n'avait pas pris toutes les précautions antiseptiques pour la pratiquer.

A cette intervention, on peut rattacher aussi la fétidité des liquides évacués, d'autant que les injections ultérieures ont été assez mal faites.

Quant au gonflement des culs-de-sac et aux brides actuellement existantes, nous les attribuons comme M. Defontaine à une pelvi-péritonite péri-utérine bien plutôt qu'aux restes d'une hématocèle péri-utérine qui serait encore en voie de résorption au moment du dernier examen de la malade.

En résumé, ce fait est fort intéressant, en ce sens qu'il explique bien des accidents observés par les anciens auteurs, accidents d'inflammation et même de péritonite, et qui ne sont dus qu'au manque de précautions antiseptiques rigoureuses.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans nos archives.

Communication.

Torsion et rupture du pédicule des kystes de l'ovaire ; nouveaux faits pour servir à leur histoire.

Par M. Heurtaux, membre correspondant.

Au nombre des incidents qui peuvent survenir au cours du développement des kystes de l'ovaire, il en est deux assez intéressants, relatifs à l'état du pédicule : ce sont la torsion, appelée aussi rotation axile, et la rupture du pédicule. Ce dernier accident est beaucoup plus rare que le premier.

Dans l'espace de quelques mois, il m'a été donné de rencontrer ces deux dispositions chez deux malades dont j'ai l'honneur d'adresser les observations à la Société de chirurgie.

La *torsion* du pédicule, assez peu commune, a cependant été mentionnée déjà par un certain nombre de chirurgiens. Rokitansky, Thornton, Spencer Wells, Lawson Tait, etc., en ont cité des exemples. M. le professeur Duplay, dans la séance du 27 avril 1881 de la Société de chirurgie, a rendu compte d'un fait intéressant observé par lui sur une femme de 53 ans qu'il a opérée avec succès. L'observation suivante présente avec ce dernier fait de grandes analogies.

Observation. — *Kyste de l'ovaire droit ; torsion du pédicule.*

Leroux (Thérèse), âgée de 49 ans, journalière, entre à l'hôtel-Dieu

de Nantes (service de la clinique chirurgicale), en décembre 1885, pour un kyste de l'ovaire. La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, occupe le côté droit de l'hypogastre, mais dépasse la ligne médiane. Elle est fluctuante dans toute son étendue, à parois souples; quand on fait coucher la malade sur le côté gauche, le kyste ne se déplace pas sensiblement. Au toucher vaginal, on trouve les culs-de-sac libres, l'utérus petit et mobile.

La malade a toujours été d'une bonne santé et bien réglée jusqu'à ces derniers temps ; depuis deux mois seulement, les menstrues n'ont pas paru. L'état général est bon ; point d'amaigrissement.

Le début de la tumeur semble remonter à un an; c'est du moins à cette époque que le ventre a commencé à grossir, et depuis lors le volume s'est graduellement accru. Mais cette évolution, relativement lente, s'est accompagnée de phénomènes bien dignes d'être notés : à trois reprises, malgré le médiocre développement de la tumeur, il est survenu, sans cause apparente, des poussées de péritonite : la première s'est manifestée trois mois et demi ou quatre mois après le début ; la seconde, trois mois plus tard ; la troisième, enfin (la plus grave), il y a six semaines. A chaque crise, le ventre a été ballonné, douloureux, et ces symptômes locaux ont été accompagnés de fièvre et de vomissements. La durée de ces inflammations a été de huit à quinze jours.

C'est après la dernière atteinte de péritonite que la malade, inquiète et d'ailleurs gênée par le volume croissant de la tumeur, se décide à entrer à l'hôpital.

L'opération est pratiquée le 7 janvier 1886, avec les précautions antiseptiques habituelles ; je me borne à mentionner les particularités qui lui donnent de l'intérêt.

1° Dès que le kyste est mis à découvert, je suis frappé de la coloration brune de sa paroi ; cette couleur, qui donne la pensée d'une forte congestion de la membrane kystique, est tout à fait comparable à celle de l'anse intestinale d'une hernie étranglée.

2° Il existe des adhérences générales entre le kyste et les parties voisines : en avant, avec la paroi abdominale ; en haut, avec une petite partie de l'épiploon ; partout ailleurs, avec des anses d'intestin grêle. Mais ces adhérences sont évidemment récentes, car on peut les détruire facilement avec le doigt, sauf une petite adhérence épiploïque, qui exige une ligature.

3° Le liquide contenu dans la poche est sanglant, foncé, presque de la couleur du sang veineux.

4° Enfin, en arrivant au pédicule, on remarque qu'il est tordu comme si la tumeur avait éprouvé un mouvement de rotation lui faisant accomplir deux ou trois tours complets. Il eût été intéressant de déterminer le sens de cette rotation ; malheureusement je ne l'ai pas noté. Le pédicule est lié avec un catgut et abandonné dans le ventre.

Ainsi que l'examen de la malade avait permis de l'établir, c'était bien l'ovaire droit qui était frappé de dégénérescence kystique.

La malade a guéri, après avoir éprouvé quelques symptômes de péritonite.

Le kyste, examiné avec soin par M. le Dr de Larabrie, chef de clinique chirurgicale, présente une disposition singulière : à la face interne de la paroi on remarque une quantité de petits pertuis pas plus larges que la pointe d'une épingle, d'où l'on voit sourdre à la moindre pression du sang pur. Il semble que, sous l'influence de l'étranglement causé par la torsion du pédicule, les vaisseaux de la paroi, distendus outre mesure, ont éprouvé de petites ruptures qui ont amené l'épanchement de sang survenu dans la cavité du kyste.

Il est impossible de ne pas établir une relation entre la torsion du pédicule et les particularités présentées par cette malade. C'est à la rotation axile du kyste que l'on doit évidemment rattacher ces atteintes de péritonite précoce, survenues sans aucune autre raison appréciable, et qui ont eu pour conséquence les adhérences totales de la tumeur ; cette rotation, faisant l'effet d'une ligature appliquée sur le pédicule et s'opposant à la libre circulation dans les veines, a également causé la congestion des parois kystiques et l'hémorragie qui s'est produite dans la cavité.

Dans les faits cités de rotation axile, on voit en effet presque toujours des lésions de cette nature, et souvent même des accidents beaucoup plus sérieux se sont produits, tels que la gangrène de la tumeur et une péritonite foudroyante, ou des symptômes d'étranglement : aspect anxieux, vomissements verdâtres, faiblesse du pouls, douleur intense. La gravité des accidents est sans aucun doute en rapport direct avec le degré de torsion du pédicule ; et probablement aussi le volume du pédicule n'est pas sans influence, un large pédicule devant, dans une certaine mesure, sauvegarder la vitalité du kyste. Je ne m'arrêterai pas plus longtemps sur les conséquences de cette torsion, car elles ont été amplement indiquées déjà, et tous les chirurgiens sont d'accord pour une intervention immédiate lorsque des accidents soudains et graves, survenant chez une malade atteinte de kyste ovarique, peuvent faire songer à cet accident.

On a dit que la torsion du pédicule pouvait avoir une influence heureuse sur le kyste, enrayer ou retarder au moins son développement. MM. Poulet et Bousquet, par exemple, pensent que la torsion *lente* peut favoriser la résorption du liquide. On ne pourrait guère citer de fait à l'appui de cette affirmation, et rationnellement on pourrait admettre plutôt une augmentation dans la quantité du contenu, la torsion du pédicule ayant une action plus marquée sur les veines que sur les artères.

Je n'insisterai pas sur la cause déterminante de la rotation. Rokitansky croit que la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire peut être attribuée parfois au poids considérable de la tumeur, par-

fois à des adhérences ; mais, dit-il, dans quelques autopsies on ne trouve à invoquer aucun de ces motifs. Thornton croit qu'elle peut résulter des adhérences que provoquent des ponctions répétées.

Le poids considérable des tumeurs me paraît sans influence sur la rotation et, si l'on consulte les faits connus, on trouve que le plus souvent, au contraire, il s'agissait de kystes d'un médiocre volume. Le rôle des adhérences dans la torsion du pédicule me paraît inadmissible : les connexions nouvelles établies entre le kyste et les organes voisins sont évidemment plutôt de nature à entraver la torsion qu'à la favoriser.

Il reste à mentionner le mécanisme invoqué par Lawson Tait. Dans tous les faits observés par cet auteur, le kyste occupait l'ovaire droit ; dans les quatre cinquièmes des cas rapportés par Rokitansky, la tumeur était également à droite. Tait remarque en outre que, dans toutes ses observations, la torsion s'était faite de gauche à droite, c'est-à-dire qu'en prenant la colonne vertébrale comme point de départ la torsion se portait vers le côté gauche, puis en avant et vers la droite. Or, le chirurgien tend à admettre que la torsion est causée lentement, peu à peu, par le passage des matières dans la partie supérieure du rectum. Si la tumeur est libre, chaque matière qui passe la soulève légèrement, et la torsion s'accomplit avec lenteur. Ce n'est qu'à un moment donné que les accidents d'étranglement se montrent tout à coup.

Je ne discute pas la valeur de cette hypothèse ; je remarque seulement que, chez mon opérée, le kyste occupait également le côté droit.

La *rupture* complète du pédicule est infiniment plus rare que la torsion ; on en a vu pourtant un certain nombre d'exemples.

Deux ordres de faits peuvent alors se produire. Ou bien il survient des accidents immédiats foudroyants, une mort rapide par gangrène du kyste et péritonite suraiguë : c'est ce qui arrive presque toujours. Ou bien le kyste continue de vivre ; mais cette éventualité est si exceptionnelle, que j'en ai pu trouver seulement deux exemples indiscutables dans la littérature médicale. Je les rappellerai en quelques mots.

Le D[r] Peaslee, opérant un kyste de l'ovaire, trouva que le pédicule n'existait plus ; mais la tumeur continuait à se nourrir par ses adhérences avec l'épiploon : il y avait là une artère grosse comme la brachiale et se divisant, sur la paroi du kyste, en un grand nombre de branches. La tumeur présentait tous les caractères d'un kyste de l'ovaire ; il ne pouvait y avoir aucun doute sur sa nature.

Spencer Wels a également vu un cas où le kyste, privé de son

pédicule, continuait à vivre, à la faveur d'adhérences vasculaires provenant du mésentère et de l'épiploon.

Tels sont les deux seuls faits dont j'ai connaissance. Spencer Wells parle bien encore, il est vrai, d'un kyste dermoïde de l'abdomen nourri par des adhérences du mésentère ; mais comme il ne fait pas mention de l'état des ovaires, on peut à la rigueur conserver des doutes sur le lieu d'origine du kyste. D'un autre côté, d'après une citation de M. Quénu, Kœberlé aurait vu un kyste détaché de son pédicule, nourri par des adhérences ; mais dans son article du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, M. Kœberlé dit simplement : « La rupture du pédicule à la suite d'une torsion exagérée n'empêche pas le kyste de continuer à se développer, parce qu'il a ordinairement contracté des adhérences avec les organes voisins ; » l'auteur ne dit pas avoir vu cette disposition, et il fait peut-être allusion aux faits de Peaslee et de Spencer Wells.

L'observation suivante nous montre un kyste de l'ovaire qui a continué de vivre, malgré la rupture complète de son pédicule, grâce à des adhérences provenant de la partie inférieure du mésentère.

Observation. — *Kyste volumineux de l'ovaire droit; petit kyste de l'ovaire gauche dont le pédicule est rompu.*

La femme Malgogne, âgée de 34 ans, entre le 23 août 1886 à l'hôtel-Dieu de Nantes, dans un cabinet de pensionnaire. Mariée depuis huit ans, cette femme n'a jamais eu de grossesse, elle a toujours été bien réglée, sauf dans les quinze derniers mois; depuis cette époque, en effet, elle n'a eu que deux fois ses règles, il y a treize mois d'abord, puis il y a huit mois.

Cette malade, d'une extrême maigreur, entre à l'hôtel-Dieu pour une grosse tumeur du ventre qui probablement date de plusieurs années. Elle prétend avoir eu deux péritonites. Il y a cinq ans, elle est entrée à l'hôpital avec un ventre volumineux, sensible, des vomissements, mais à peine ou point de fièvre. Sans doute il existait déjà une tumeur, car, nous dit-elle, la question de grossesse fut discutée. Après quatre mois de séjour, la malade sortit de l'hôpital, ayant toujours le ventre gros.

Il y a trois ans, nouvelle affection de même nature, qui nécessite encore un séjour à l'hôpital.

Ces deux poussées inflammatoires auraient occupé le flanc gauche.

Il y a quinze mois, cette femme s'aperçoit d'une tumeur dans la moitié droite du ventre, et depuis lors l'abdomen s'est progressivement accru.

Aujourd'hui, le ventre offre 1^{m}, 15 de circonférence au niveau de

l'ombilic. La peau est extrêmement tendue ; des veines bleuâtres volumineuses rampent sous la peau dans la région sus-ombilicale.

Matité absolue, sauf à la périphérie ; fluctuation très nette.

Par le vagin, il se fait un écoulement presque continuel, de mauvaise odeur, paraissant être de l'urine.

Au toucher, on trouve l'utérus fortement enclavé, immobile. Le col est rejeté en arrière, sans lésion. En avant, on sent une grosse tumeur faisant saillie dans le vagin, immobile, ferme. On se demande si cette tumeur est due à la coexistence d'un fibroïde de l'utérus ou à la présence d'un épaississement de la paroi du kyste. Le cathétérisme laisse écouler seulement quelques gouttes d'urine.

L'opération a été faite le 25 août 1886; j'en indique seulement les particularités. Après l'évacuation du liquide, on reconnaît que le kyste offre une énorme masse compacte à sa partie postéro-inférieure, qui, ne pouvant franchir l'ouverture faite à l'abdomen, contraint d'agrandir l'incision jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic en contournant à gauche la cicatrice ombilicale. Quand la grosse poche kystique, qui provenait de l'ovaire droit, est sortie de l'abdomen et avant qu'on se soit occupé de son pédicule, on voit paraître de suite, au niveau du détroit supérieur, une autre tumeur plus grosse que le poing, qui est immédiatement reconnue pour un autre kyste ovarique à parois fermes et très tendues; mais ce kyste n'a aucune connexion avec le ligament large gauche, et ses seules attaches consistent en une adhérence longue et très souple, vasculaire, qui s'étend de sa partie supérieure vers la partie inférieure du mésentère. Ce faisceau cellulo-vasculaire est coupé entre deux ligatures.

On s'occupe alors du pédicule du gros kyste : lié en quatre faisceaux, il est coupé à deux centimètres au delà des ligatures et abandonné dans l'abdomen. Après la toilette du péritoine et la suture de la plaie, je m'assure par le toucher vaginal de la situation de l'utérus, et je reconnais que cet organe a repris sa place normale; la tumeur qui faisait saillie dans le vagin et refoulait en arrière l'utérus n'existe plus : elle était vraisemblablement formée par le petit kyste enclavé entre la matrice et la symphyse pubienne.

La malade a succombé à une péritonite générale, cinquante heures après l'opération.

Le liquide extrait du gros kyste représente 15 litres; la partie solide ou poche pèse 4^{kg}, 500 grammes.

Le petit kyste, intact, pèse 420 grammes. Il offre une forme ovoïde et mesure 12 centimètres sur 10.

Ce kyste présente un intérêt particulier, par l'absence de toute connexion avec le ligament large gauche. Et cependant il s'agit bien d'un kyste ayant eu l'ovaire pour origine, car on y retrouve facilement, comme le montre la figure que j'adresse à la Société, les vestiges du ligament de l'ovaire et la trompe. Ceux-ci occupent ce qu'on peut appeler le bord inférieur du kyste. La trompe adhère à la paroi du kyste dans toute son étendue, sauf par une partie du pavillon qui reste libre.

La trompe et le ligament de l'ovaire sont tous deux rompus en un point qui devait être voisin de l'utérus. Cette rupture n'est certainement pas récente; elle s'est faite d'une façon irrégulière, car les bords de la déchirure sont déchiquetés. On ne remarque sur ces parties aucune trace de torsion de ce qui constituait le pédicule du kyste.

Au voisinage du bord supérieur du kyste vient s'insérer le faisceau cellulo-vasculaire qui a pourvu à la nutrition de la tumeur après la rupture de son pédicule.

Voilà donc un exemple incontestable de rupture du pédicule d'un kyste ovarique survenue sans accident, comme dans les deux faits de Peaslee et de Spencer Wells.

Comment, chez ces trois malades, la rupture s'est-elle effectuée? Tous les auteurs qui se sont occupés des deux premiers faits publiés semblent admettre que la rupture s'est faite par torsion ; et presque tous ajoutent que si la tumeur a pu continuer de vivre, c'est à la faveur d'adhérences vasculaires préalables. Il faut observer pourtant que la rotation du kyste aurait eu pour effet de produire la torsion des adhérences elles-mêmes aussi bien que celle de son pédicule. Aussi Lawson Tait, discutant l'observation de Peaslee, dit que la tumeur, après la rupture de son pédicule, « avait été nourrie sans doute par contact, » et que plus tard des vaisseaux volumineux s'étaient développés. Cette hypothèse me semble bien problématique.

Je ne vois pas pourquoi la torsion seule serait susceptible de causer la rupture du pédicule d'un kyste ovarique. Il n'est point si rare d'observer des tumeurs pédiculées dont les connexions deviennent de plus en plus grêles, dont le pédicule s'amincit progressivement jusqu'à se rompre, sans qu'on puisse mettre cette évolution sur le compte d'une rotation axile. Un kyste de l'ovaire peut bien subir des pressions, des tractions, éprouver un changement de rapports qui amènent l'allongement et l'amincissement du pédicule jusqu'à déterminer sa rupture, sans que la torsion intervienne aucunement.

Lorsqu'il existe une autre tumeur, celle-ci est bien capable d'exercer une action de cette nature ; et chez ma malade, par exemple, il me paraît indubitable que le petit kyste, repoussé par la grosse tumeur en avant et en bas au point de faire une forte saillie du côté du vagin, a dû à cette situation exceptionnelle l'accident survenu du côté de son pédicule.

Cette rupture du pédicule par simple tiraillement, sans torsion, explique aussi très bien comment les adhérences préalables, respectées, peuvent dans certains cas suffire à la nutrition de la tumeur et empêcher la gangrène dont, sans elles, le kyste serait inévitablement frappé.

Lecture.

M. Schwartz donne lecture d'un travail intitulé : *Sarcome kystique télangiectasique de la tête de l'humérus; ligature préliminaire de l'artère sous-clavière entre les scalènes ; désarticulation de l'épaule.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Després, Tillaux, Peyrot, rapporteur.

Présentation de malade.

M. Terrillon présente un jeune garçon auquel il a pratiqué la suture des tendons extenseurs des doigts de la main droite.

Un jeune homme de 16 ans passe sa main à travers un carreau, le 15 juillet 1886. Il en résulte une plaie transversale du poignet sur sa face dorsale. Les deux grandes gaines postérieures sont ouvertes largement et transversalement.

Dix-huit heures après l'accident, je constate que six tendons sont complètement coupés : les quatre extenseurs communs, l'extenseur propre du petit doigt et l'extenseur propre de l'index.

Le grand abducteur du pouce a seulement été entamé sans être coupé.

La restauration des tendons a été pratiquée de la façon suivante :

En plaçant la main dans l'extension forcée, les bouts inférieurs furent trouvés facilement. Pour atteindre les bouts supérieurs, il fallut inciser les gaines sur une longueur de sept centimètres. La tonicité musculaire les avait entraînés. Chacun des bouts avivé avec soin fut uni à son congénère au moyen d'une ligature en soie fine.

Une réunion aussi parfaite que possible referma la plaie; elle avait la forme d'un T.

Pansement phéniqué et avec la gaze iodoformée.

Une gouttière plâtrée maintint les doigts et la main dans l'extension forcée.

La réunion eut lieu presque entièrement par première intention.

Tout était terminé après quinze jours.

Les fonctions recommencent après un mois, et actuellement les mouvement des doigts ne laissent rien à désirer. La cicatrice est adhérente aux tendons ; cependant il y a une certaine indépendance des tendons extenseurs, surtout de l'index et du petit doigt.

Discussion.

M. Berger. Dans une des séances de cette année, j'ai eu l'occasion de citer un cas de suture des tendons extenseurs des or-

teils. Mais, à ce moment, le résultat définitif ne pouvait être prévu. Depuis il est devenu complet ; il n'y a pas eu de suppuration ; les mouvements se sont rétablis et la marche s'effectue parfaitement. Dans un cas tout récent, j'ai été moins heureux. Il s'agissait d'une section des tendons fléchisseurs superficiel et profond des doigts de la main gauche, chez un jeune garçon entré à l'hôpital Tenon.

L'écartement des extrémités des tendons fléchisseurs profonds était d'au moins 11 à 12 centimètres. Le rapprochement en a été très difficile à effectuer. J'ai préféré cependant, bien que j'eusse pris mes dispositions pour le faire, au besoin, ne pas utiliser les tendons d'un jeune chien, comme l'a fait M. Peyrot.

Pendant tout le temps que le pansement à l'iodoforme est resté en place, il n'y a pas eu de suppuration. Mais lorsque, au bout de dix à douze jours, j'ai enlevé les sutures, la désunion s'est produite et il y a eu suppuration. Aujourd'hui, sans qu'il y ait eu écartement des extrémités sectionnées, il y a de la raideur des mouvements et deux doigts restent fléchis. En somme, c'est un insuccès partiel de la suture tendineuse.

Présentation de malade.

M. Poulet présente un jeune spahi atteint d'une affection de la tête qu'il considère comme une *hyperostose diffuse des os du crâne*, d'origine traumatique.

P..., âgé de 22 ans, engagé volontaire au 3e régiment de spahis depuis quatre ans, a toujours joui d'une bonne santé; pas d'antécédents héréditaires ou autres ; n'a jamais contracté la syphilis. A l'âge de 3 ans, il a reçu un coup de pied de cheval au front, un peu au-dessus de la région orbitaire droite ; ce coup paraît avoir été fort violent, et l'une des plaies, la supérieure, aurait suppuré pendant un an.

Il y a 2 ans 1/2 environ, P... s'aperçut d'une tuméfaction à la partie antérieure et supérieure de la tête, au-dessus du front. Peu à peu ce gonflement augmenta et s'étendit à toute la partie droite de la tête, sans provoquer aucun gêne, aucune douleur. En vain on lui fit prendre de l'iodure de potassium, les progrès de la tumeur continuaient toujours Au commencement de l'année 1886, il entre à l'hôpital de Batna en raison de l'affaiblissement de la vue de l'œil droit; dans cet hôpital, il contracte un érysipèle grave à la suite duquel la vue de l'œil droit fut complètement perdue.

A juste titre inquiet de sa situation, ce militaire obtint un congé de convalescence et vint à Paris, où il fut admis au Val-de-Grâce. Nous constatons à son entrée les détails suivants : tête volumineuse présen-

tant une grosse tumeur surajoutée à droite ; le périmètre du crâne un peu au-dessus du sourcil est de 63 centimètres; la distance entre la bosse frontale et la protubérance occipitale, de 43 centimètres. Le côté gauche du crâne a conservé son aspect normal, tandis qu'à droite la région temporale fait un relief marqué et l'oreille correspondante semble déjetée en dehors. Un examen attentif de la face permet de reconnaître qu'elle est asymétrique, atrophiée à droite, plus volumineuse et plus saillante à gauche. A la surface du crâne, au niveau des cheveux, rares et courts, on perçoit à l'œil nu les battements des branches de la temporale. Au-dessus de l'œil droit, il est facile de reconnaître les traces de l'ancien traumatisme; il existe en effet une cicatrice au niveau du sourcil et une autre cicatrice étoilée, déprimée, adhérente à l'os, située plus haut. Le frontal de ce côté paraît aplati, comparé à l'autre moitié.

A la palpation, la tumeur est dure, insensible, sans battements ; çà et là on perçoit des points plus mous qui correspondent vraisemblablement aux dépressions qui sillonnent la surface. La pression et même les chocs violents (coups de poing que le malade applique sur la tête) ne provoquent aucune douleur. La masse offre manifestement la consistance osseuse et se continue insensiblement avec les os voisins. Les os envahis sont le frontal, les pariétaux, le temporal droit et une partie de l'écaille de l'occipital.

Les seuls troubles fonctionnels appréciables sont: 1° la perte de la vue de l'œil droit, complète, survenue à la suite de l'érysipèle, ainsi qu'il a été dit plus haut; 2° une diminution du champ visuel de l'œil gauche, atteint en outre de myopie; 3° des bourdonnements de l'oreille droite lorsque le malade reste couché un peu longtemps sur ce côté de la tête. Toutes les autres fonctions sont parfaitement intactes.

La dureté du néoplasme, les rapports avec les os, l'absence de douleurs, permettent de penser à une tumeur développée primitivement dans les os. La lenteur de l'évolution, l'indolence, différencient l'affection d'un sarcome ou d'un fongus de la dure-mère. L'intégrité à peu près absolue des facultés, de la motilité et de la sensibilité autorisent à croire que cette tumeur n'a pas de prolongements intracraniens. Pour nous, nous rattacherions volontiers l'ensemble des lésions que présente ce militaire à des troubles de nutrition; d'une part, l'hémiatrophie des os de la face du côté droit, sorte d'arrêt de développement qui a été maintes fois signalé à la suite des lésions du nerf ou de la région sus-orbitaire (Tardif. Thèse de Paris 1884-1885); d'autre part, l'hyperostose diffuse des os du crâne du même côté produite par un mécanisme analogue et qui nous est encore inconnu.

En présence de ces lésions graves, progressives, menaçantes, n'y aurait-il pas lieu de penser à une intervention, sinon curative, du moins palliative? Ne pourrait-on pas, en trépanant la région sus orbitaire, siège d'une ancienne fracture et point de départ probable de tous les accidents, obtenir une modification dans la nutrition, arrêter le processus hyperostosique avec toutes ses conséquences? Sans préjuger du résultat d'une semblable intervention, on peut du moins affirmer qu'avec les précautions convenables elle serait peu dangereuse.

M. Terrier. Le cas qui nous est présenté n'est pas absolument exceptionnel. L'affection a été décrite par Virchow sous le nom de *Léontiasis des os du crâne.*

J'ai moi-même eu l'occasion d'en observer deux exemples. L'un d'eux est relatif à une femme qui me fut adressée par le Dr Fieuzal. Il y avait aussi eu une contusion peu considérable des os du crâne, suivie d'une petite exostose; puis l'affection avait suivi une marche silencieuse et progressive. La vision était compromise. Dans ce cas, j'ai cru devoir m'abstenir. Je suis d'avis également qu'il n'y a rien à tenter pour le malade de M. Poulet.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 27 octobre.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la quinzaine;

2° *Étude sur les coups de cardes et kystes des doigts*, par le Dr Guermonprez (de Lille), membre correspondant;

3° *The mechanism of indirect fractures of the skull*, par le Dr Ch. Dulles (de Philadelphie);

4° *De la panophthalmie*, par le Dr Rolland (de Mont-de-Marsan);

5° *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire*, par le Dr G. Poupinel. Thèse pour le prix Duval;

6° M. Després, retenu par la session du conseil municipal, demande un congé jusqu'au 1er janvier 1887;

7° M. le Dr Schwartz, chirurgien des hôpitaux, etc., demande à être inscrit parmi les candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire;

8° Un mémoire pour le concours du prix Laborie : *Contribution à l'étude des fractures indirectes de la base du crâne et des lésions consécutives aux traumatismes cérébraux* (Inscrit sous le n° 1);

9° Observations de chirurgie. *Trois ovariotomies et une hystérectomie*, par le Dr Rohmer (de Nancy) (commissaire : M. Richelot) ;

10° *Grossesse extra-utérine; gastrotomie*, par le Dr Bruch (d'Alger) (commission: MM. Tillaux, Le Dentu et Lucas-Championnière, rapporteur).

Rapports.

I. — *Tumeur blanche du coude gauche ; résection de l'humérus, du radius et évidement de l'olécrâne ; guérison avec conservation partielle des mouvements*, par le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer).

(Rapport de M. Richelot).

Messieurs, la première des deux observations de M. Houzel, dont je dois vous rendre compte au nom d'une commission composée de MM. Berger, Marc Sée et Richelot, rapporteur, a trait à un jeune homme de dix-huit ans, qui portait au coude gauche une tumeur blanche avec un abcès et deux fistules depuis treize mois. Je ferai ressortir en quelques mots les points sur lesquels l'auteur me semble attirer notre attention.

Une des fistules siégeait au-dessus de la tête du radius, l'autre à la partie externe du bras, à 3 centimètres au-dessus de l'épicondyle. L'auteur a fait simplement une incision réunissant ces deux fistules; et c'est ainsi qu'il pénétra largement dans l'article, réséqua la tête du radius, l'extrémité inférieure de l'humérus, rugina le bec de l'olécrâne, enleva toutes les fongosités, ouvrit enfin un abcès confluent qui remontait à une profondeur de 4 centimètres à la partie antéro-externe du bras. Précautions antiseptiques et pansement de Guérin.

Est-ce la forme, le siège de l'incision ou toute autre cause, qui valut à notre confrère une suppuration extrêmement abondante, avec des températures de 39 et 40° ? Je croirais volontiers, d'après mon expérience, que l'incision doit être accusée dans une certaine mesure. J'ai fait souvent la résection du coude, et j'ai adopté l'incision de Park ; elle me paraissait commode, et tous mes malades ont guéri sans accident, avec un bras relativement fort et une conservation remarquable des mouvements. Mais, dans mes premiers

cas, j'ai toujours eu une suppuration assez abondante, qui m'obligeait à un drainage et à des lavages prolongés. Or, l'incision de Park n'occupe, dans aucun de ses points, les parties déclives du membre, placé à angle légèrement obtus dans un appareil et reposant sur le lit par sa face interne. J'ai attribué à ces conditions la difficulté du drainage et la rétention des liquides; aussi, dans les cas suivants, ai-je pratiqué en dedans du membre, non loin du nerf cubital, une contre-ouverture; puis j'ai suturé complètement l'incision principale. Le drainage, fait avec un seul tube très bien placé pour l'écoulement des liquides, a été plus efficace, et en ajoutant au pansement phéniqué l'usage de l'iodoforme, j'ai vu la réunion se faire presque sans suppuration, et la guérison survenir beaucoup plus vite.

Quoi qu'il en soit, le malade de M. Houzel baignait dans le pus; il y eut de la dermite et un gros abcès vers la partie interne. C'est alors qu'il eut l'idée d'appliquer un siphon-drain imité des tubes accolés en canon de fusil dont on se sert après la taille hypogastrique, et dont il a donné la description au Congrès français de chirurgie de 1885, séance du 10 avril : une des branches du siphon remontait dans l'abcès péri-huméral, l'autre s'enfonçait dans l'article, et les deux tubes, traversant un pansement de Lister, se réunissaient dans un réservoir où se trouvait un peu de liqueur de van Swieten. Aussitôt la scène changea, la température revint à la normale, et après quelques péripéties, l'opéré marcha tranquillement vers la guérison. La cure avait duré près de quatre mois.

L'appareil employé par notre confrère pour tarir la suppuration est certainement ingénieux; mais il vaut encore mieux la prévenir autant que possible, et pour atteindre ce but, on ne saurait trop recommander le choix de l'incision, la perfection du drainage pendant les premiers jours, enfin l'usage de l'iodoforme.

II. — *Fracture de la cuisse gauche au tiers supérieur; luxation de l'astragale droit avec diastasis de l'articulation tibio-péronière; luxation de l'épaule gauche; extirpation de l'astragale; paludisme; guérison*, par le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer).

(Rapport de M. Richelot).

Dans cette seconde observation, il s'agit d'un homme de 28 ans, qui avait été pris dans un éboulement. Quand M. Houzel le vit pour la première fois, la fracture de cuisse n'était pas consolidée et le membre était raccourci de 6 centimètres. Au sacrum et le long de la colonne lombaire, existaient cinq larges plaies, résultant d'escharres de décubitus. Le pied droit était en varus-équin très

prononcé; la poulie astragalienne, proéminant en avant et en dehors, cachait la malléole externe située en arrière de la tumeur; sous la malléole externe se trouvait une plaie de la grandeur de 1 franc ; toute la peau de la région était rouge, tendue, amincie et d'une sensibilité exquise.

Le bras gauche, paralysé, avec atrophie du deltoïde (la luxation avait été réduite dès le premier jour), était inerte le long du corps; les doigts étaient contractés dans la paume de la main en forme de griffe.

État général détestable ; chaque soir, le malade avait un accès de fièvre intermittente, avec frissons, chaleurs, sueurs profuses et visqueuses. On apprit qu'à l'âge de treize ans il avait eu une fièvre intermittente rebelle ayant duré près d'une année.

Sous l'influence du traitement complexe et difficile que M. Houzel dut instituer, appareil à extension continue, pansements à l'iodoforme, électricité, sulfate de quinine, la situation s'améliora peu à peu ; le raccourcissement diminua de 3 centimètres, mais la consolidation n'avançait pas et les escharres suppuraient toujours. Il fallut extraire l'astragale luxé, partiellement ramolli et friable, drainer l'articulation et remettre le pied dans sa position normale. Les suites de cette opération furent heureuses, quoique traversées par de nouveaux accès de fièvre intermittente, et au bout de six mois la guérison était parfaite. « Le pied est solidement fixé sur la jambe; il peut, sans douleur, supporter le poids du corps, et les mouvements de flexion et d'extension, quoique limités, sont suffisants pour assurer la marche sans claudication ni raideur. Par suite de l'extirpation de l'astragale, la jambe droite a perdu à peu près ce que la fracture du fémur a fait perdre à la jambe gauche; les deux raccourcissements s'annulent et notre homme se trouve parfaitement d'aplomb. »

Cette longue observation fait honneur à la persévérance et au tact chirurgical de notre confrère. Je vais transcrire, en les abrégeant, ses conclusions, qui me semblent judicieuses :

« Deux choses, dit-il, nous paraissent remarquables dans cette observation : 1° le réveil de la fièvre intermittente sous l'influence du traumatisme, après un sommeil de quatorze ans; 2° l'état de profonde misère physiologique où le malade se trouvait réduit, état qui empêchait la consolidation de la fracture et faisait que la moindre pression était immédiatement suivie d'escharres et de pus.

« Le malade avait été élevé à Vimereux, près de la mer, à deux pas d'une petite rivière, dans un pays exempt de paludisme. Mais, lors de la construction du chemin de fer de Boulogne à Calais, il avait été fait, presque à sa porte, d'énormes remblais, des travaux de terrassement qui, interrompant le cours des eaux, avaient mo-

mentanément changé la vallée en un marais. C'est à la suite de ces travaux qu'il avait contracté une fièvre intermittente rebelle dont il avait souffert toute une année.

« Quatorze ans plus tard, il est écrasé sous un mur. La fièvre intermittente reparaît aussi tenace que la première fois ; le sulfate de quinine la guérit. Il devient nécessaire d'enlever l'astragale : nouveau traumatisme, nouveau retour de la fièvre intermittente.

« Fait intéressant, la fièvre étant passée, les escharres du sacrum étaient en voie de guérison ; à la suite de l'extirpation de l'astragale, la fièvre intermittente reparaît; aussitôt les plaies du sacrum retrouvent le mauvais aspect des premiers jours, se gangrènent sur les bords et s'agrandissent notablement.

« Pendant toute la cure, les urines, examinées plusieurs fois, n'ont rien présenté de particulier : ni sucre, ni albumine.

« Nous n'avons jamais rencontré de malade présentant, à un aussi haut degré, cette tendance déplorable à la gangrène et à la suppuration. On ne pouvait le toucher sans que la peau se flétrît; et, pour peu que la pression se prolongeât, si modérée qu'elle fût, survenait un point gangreneux qui suppurait et dont la réparation était interminable. Avant son traumatisme, il était d'une robuste constitution ; nous ne pouvons donc attribuer ces accidents qu'à l'influence du paludisme. »

Je vous propose, Messieurs, de déposer dans nos archives les deux observations dont je vous ai donné les parties essentielles, d'adresser des remerciements à l'auteur et d'inscrire son nom en rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Discussion.

M. Chauvel. Je dois faire remarquer que l'appareil aspirateur employé par M. Houzel est semblable à celui qui a été présenté, il y a quelques années, à la Société de chirurgie par un chirurgien militaire, M. Tachard. Un rapport avait été fait par M. Perrin sur cette présentation. M. Houzel ne peut donc réclamer la priorité pour cet appareil.

Communication.

M. Poncet (de Lyon) communique une observation intitulée : *Plaie de l'aisselle par arme à feu* (*balle de revolver*); *section de l'axillaire; ligature des deux bouts; hémorrhagie; ligature de la sous-clavière dans l'aisselle; mort.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Tillaux, Peyrot, Terrillon, rapporteur.

Communication.

Corps étranger de l'urèthre. — Boutonnière périnéale. Suture de l'urèthre.

(Par M. Terrier).

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie est jusqu'à un certain point banale, en ce sens que l'intervention chirurgicale, pour l'extirpation des corps étrangers de l'urèthre, ne mérite guère d'attirer l'attention des chirurgiens instruits.

Mais si je la communique à la Société, c'est pour attirer l'attention de mes collègues sur un point de thérapeutique absolument inconnu de la plupart des auteurs classiques, je veux dire la suture du canal de l'urèthre divisé longitudinalement pour extraire le corps étranger intra- et extra-uréthral, dans le cas actuel. Cette suture, dont je n'ai pas trouvé d'exemples dans les quelques recherches que j'ai faites, mérite, je crois, d'être utilisée dans certains cas déterminés.

Observation (rédigée par l'interne du service, M. Rollin).

Le nommé Mélage (Victor), âgé de 62 ans, entre le 17 juin 1886, salle Jarjavay, lit n° 27, à l'hôpital Bichat.

Ce malade est un vieillard de 62 ans, dont les facultés intellectuelles sont assez obtuses et dont les réponses manquent souvent de netteté. On parvient cependant à obtenir les renseignements suivants :

En 1852, alors qu'il était en Afrique, il eut des accès intermittents, jamais d'accidents vénériens, pas de blennorrhagies, pas de chancres simples ou infectants. Le malade ajoute que depuis 10 ans, quoique marié, il n'a plus pratiqué le coït ?

Or, il y a 5 ou 6 semaines (en mai 1886), il éprouva une certaine cuisson en urinant, des picotements dans l'urèthre et au méat, à l'orifice duquel venait sourdre chaque matin une goutte de mucopus blanchâtre. Aucune douleur vive d'ailleurs, aucune gêne marquée de la miction ne pousse le malade à consulter un médecin.

C'est alors que, dans un but thérapeutique, le malade eut l'idée de s'introduire dans l'urèthre un lacet de cuir long de 12 centimètres environ, assez rigide, mais cependant déjà assoupli par l'usage. Pendant cette tentative, il arriva que le lacet fut enfoncé si loin que son extrémité disparut et qu'il fut impossible au malade de retenir le lacet.

A la suite de cet accident, le malade ne remarqua rien d'anormal, si ce n'est que pendant deux ou trois jours ses urines prirent une coloration rouge foncé. Il n'y avait en outre aucune douleur, aucune gêne de la miction, mais la goutte de pus reparut tous les matins au méat comme auparavant.

Cependant, quelques jours après ce cathétérisme bizarre, le malade découvrit au-dessous des bourses une petite grosseur du volume d'une noisette non douloureuse et sans aucun accident inflammatoire ni fébrile.

Huit jours après, un médecin tenta en vain le cathétérisme et envoya le malade à l'hôpital.

Le 17 juin, le malade entre à Bichat.

Le soir, on tenta une exploration avec la sonde métallique; le bec de l'instrument est nettement arrêté au-dessous du pubis, et, quoique l'exploration ait été faite avec une extrême douceur, quoique le malade n'ait accusé aucune sensation douloureuse, une hémorrhagie assez abondante se produisit, ce qui força à remettre à une date ultérieure un examen plus approfondi.

A la suite, aucun accident, ni douleur, ni gêne de la miction, ni fièvre. M. Terrier rencontre le même obstacle et ne réitère pas la tentative de cathétérisme. Il existe donc un obstacle à 13 centimètres du méat, juste au-dessous de la symphyse pubienne.

En relevant les bourses, on constate sur le côté droit de l'urèthre faisant corps avec le canal une tumeur dure, non fluctuante, peu douloureuse. Cette tuméfaction, allongée dans l'axe du canal, présente une extrémité antérieure arrondie, qui fait une saillie distincte de l'urèthre, comme on peut facilement le constater en introduisant une bougie dans le canal. Cette induration suit la paroi droite de l'urèthre et se perd en arrière, en s'amincissant sans limites précises.

La miction n'est nullement troublée, comme on s'en assure en faisant uriner le malade. Le jet est absolument normal en volume et en direction. Les urines ne renferment pas d'albumine. On prescrit du borate de soude à l'intérieur : 8 grammes par jour. Le toucher rectal est absolument négatif et la prostate n'est pas volumineuse.

23 *juin.* Opération par M. Terrier.

Incision de 8 à 9 centimètres sur le raphé périnéal. Après la section de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, un cathéter cannelé est introduit dans l'urèthre jusqu'à l'obstacle et les tissus sont incisés en se guidant sur lui. L'urèthre est ouvert sur une étendue de 7 1/2 à 8 centimètres. Les parois paraissent normales, la muqueuse saine. Mais sur la partie droite on aperçoit un orifice, et cet orifice est rempli par un corps noirâtre, qui n'est autre chose que le lacet de cuir, enroulé sur lui-même et très ramolli, car il se brise pendant l'extraction, qui se fait cependant sans aucune difficulté. Tout en faisant saillie dans le canal, de façon à empêcher le cathétérisme, le corps étranger s'était aussi creusé une cavité dans le corps caverneux de l'urèthre, et c'est lui qui donnait lieu à la tumeur indiquée plus haut.

Ceci fait, une grosse sonde en caoutchouc rouge est introduite dans la vessie, et M. Terrier, au lieu de laisser béantes les lèvres de la plaie uréthrale, fait la *suture de l'urèthre.* Neuf points de catgut sont placés, en ayant soin de ne pas prendre la muqueuse dans l'anse des fils.

La plaie périnéale est largement béante et laissée telle.

24 *juin.* La température est élevée, mais le malade n'accuse aucun

malaise. Les urines s'écoulent très librement par la sonde. Pas une goutte ne souille la plaie périnéale.

25 *juin*. Le pansement, qui consiste en un tampon d'ouate iodoformée, maintenu par un bandage en T, est changé. On constate à l'angle supérieur de la plaie une légère tuméfaction ; il y a sur ce point un peu de pus qui s'écoule d'ailleurs facilement par la plaie périnéale, laissée ouverte et ne bourgeonnant pas encore.

Urines de 24 heures : 1,200 centimètres cubes. Tout passe par la sonde en caoutchouc. Le malade continue à prendre sa potion au borax.

26 *juin*. Urines : 1,400 centimètres cubes.

27 *juin*. La plaie a un bel aspect bourgeonnant.

29 *juin*. La boutonnière périnéale se comble et se rétrécit. L'état général est excellent, la température tout à fait normale. Une petite hémorrhagie nécessite la ligature d'une artériole dans la plaie des téguments.

1er *juillet*. Le pansement, qui est changé tous les jours, n'a jamais été souillé d'urine. La suppuration est très minime, elle est toujours plus abondante à l'angle supérieur de la plaie, c'est-à-dire au niveau de la cavité creusée par le corps étranger.

3 *juillet*. La sonde est visible dans la plaie sur l'étendue de 4 ou 5 millimètres en haut. Dans la journée, la sonde se déplace pendant un mouvement du malade, et l'infirmier qui veut la replacer la fait passer par le périnée. — Le soir, elle est réintroduite dans la vessie et fixée solidement. Aucun incident.

4 *juillet*. T. 38°,2. — On enlève la sonde.

5 *juillet*. Les urines s'écoulent à peu près également par le périnée et par le méat, et cela continue jusqu'au 7 juillet.

8 *juillet*. La plaie est tout à fait comblée dans ses 2/3 inférieurs. Il existe encore un peu de suppuration en haut, mais les urines ne s'écoulent plus qu'en très faible quantité par la plaie.

10 *juillet*. La presque totalité de l'urine est émise par la verge.

13 *juillet*. Pas une goutte d'urine ne s'écoule aujourd'hui par la plaie périnéale, qui est presque guérie.

18 *juillet*. Guérison complète. Exeat.

Cette observation, ai-je déjà dit, est intéressante à plus d'un titre.

Tout d'abord, c'est la première fois que j'ai cru devoir faire la suture de l'urèthre, suture des plus faciles avec l'aiguille de Reverdin et le catgut. Pour éviter tout rétrécissement possible, j'ai eu soin de ne pas comprendre dans ma suture la muqueuse uréthrale et de ne réunir que le corps caverneux de l'urèthre. Neuf points de suture ont été ainsi placés. Comme on l'a vu, la suture a réussi dans presque toute l'étendue de la plaie, et jusqu'au 10e jour rien n'est sorti par la plaie uréthrale. A cette date, et précisément au point altéré par le corps étranger, la suture a cédé et on a pu constater qu'environ un demi-centimètre de canal n'était pas réuni.

J'avais donc en 10 jours converti une plaie uréthrale de 8 centimètres, en une ouverture ayant un demi-centimètre. A cette date, la sonde, qui, *quoique molle*, était restée parfaitement en place dans le canal, fut chassée et retirée définitivement.

Le 14ᵉ jour, les urines passaient à peine par la plaie, et le 20ᵉ jour la plaie uréthrale était guérie complètement.

Un autre point à signaler, c'est que, malgré ses antécédents de paludisme, le malade n'a eu aucun accès fébrile dans le cours de sa guérison, ce que j'attribue en partie à l'administration quotidienne de borate de soude, agissant comme antiseptique.

En résumé, toutes les fois que, pour extraire un corps étranger, il sera nécessaire de faire une longue incision du canal uréthral, je conseille de pratiquer la suture de la plaie uréthrale pour faciliter et activer la guérison de l'opéré.

Discussion.

M. Le Dentu. J'ai eu l'occasion de pratiquer il y a quatre ou cinq mois une suture de l'urèthre, non pas après avoir extrait un corps étranger, mais comme complément d'une uréthrotomie externe qui avait laissé persister une fistule. Mon intention est de donner ultérieurement les détails de ce fait.

M. Lucas-Championnière. L'observation que vient de nous rapporter M. Terrier me paraît intéressante en raison de sa rareté. En effet, M. Daniel Mollière, le chirurgien qui jusqu'ici a le plus pratiqué la suture de l'urèthre, ne l'a faite qu'après avoir extirpé la totalité de rétrécissements cicatriciels. Moi-même, j'ai rapporté une observation de contusion du périnée pour laquelle j'avais fait la suture après incision et obtenu la guérison en 17 jours, guérison qui persiste depuis un an.

Dans les opérations qu'il a pratiquées, M. Daniel Mollière n'a pas obtenu la réunion primitive ; les fistules ont persisté de six à sept semaines.

Je me demande seulement s'il est bien nécessaire de faire la suture du canal lui-même. Pour ma part, je me suis contenté de suturer le périnée et de placer une sonde à demeure, avec un drain dans l'angle de la plaie. Au 11ᵉ jour, la réunion était parfaite. La suture de l'urèthre lui-même me semble ajouter une difficulté de plus à l'opération, et peut-être est-il possible de s'en dispenser.

M. Th. Anger. M. Terrier a réussi à faire la suture de la muqueuse uréthrale, à la condition de placer une sonde à demeure. Si cette sonde avait été mal supportée, il est bien probable que la suture n'eût pas tenu ou aurait été inutile. Les larges plaies faites

à l'urèthre peuvent guérir rapidement, même faites avec le thermocautère. En voici la preuve.

Un individu entre dans mon service à l'hôpital Cochin, le 6 janvier 1886, se plaignant d'uriner très difficilement. Je crus à l'existence d'un rétrécissement fibreux de toute la portion pénienne de la verge. Pendant près d'un mois, j'essayai vainement de passer des bougies.

On sentait le corps caverneux de l'urèthre induré dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres. La peau était intacte; il n'existait aucune apparence d'inflammation.

Le 12 février, je voulus faire l'uréthrotomie externe. Une sonde métallique fut introduite dans l'urèthre et arrêtée à 4 centimètres du méat sans donner lieu à la sensation d'un corps étranger. Avec le thermocautère, j'incisai couche par couche l'urèthre dans sa portion pénienne et bulbeuse. Le bec du thermocautère rencontra un corps dur, que je reconnus aussitôt pour un calcul de l'urèthre.

L'incision fut agrandie et je retirai du canal un calcul de 5 centimètres de long, ayant la forme d'un battant de cloche. Ce calcul était entièrement contenu dans l'urèthre.

Je voulus introduire une sonde dans la vessie. L'instrument fut arrêté par un second calcul, arrondi comme une bille, ayant 3 centimètres 1/2 de diamètre et 10 centimètres 1/2 de circonférence. Pour extraire ce second calcul, je fus obligé de prolonger en arrière l'incision de l'urèthre ; le canal fut donc ouvert dans l'étendue de 6 centimètres au moins.

Or, malgré cette large brèche allant du milieu de la région pénienne jusqu'au périnée, la cicatrisation a été complète en six semaines. Il y avait une dizaine de jours que le malade urinait sans sonde, lorsqu'il sortit de l'hôpital, le 11 avril. Aucune complication n'est venue entraver la guérison.

Lorsqu'on a affaire à des tissus sains, non enflammés, les plaies de l'urèthre guérissent bien, et rapidement. La sonde à demeure suffit alors. Pour moi, je ne verrais d'utilité à la suture de l'urèthre que pour supprimer la sonde à demeure. Mais alors la suture tiendrait-elle ? Là est la question.

M. Verneuil. L'utilité de la suture de l'urèthre me semble parfaitement admissible en principe. Guy de Chauliac l'indiquait déjà après l'opération de la taille, et un chirurgien dont le nom m'échappe a repris depuis ces essais de suture. Enfin, la suture a été pratiquée après la taille uréthro-vaginale et la taille hypogastrique.

Je veux dire que, dans certains cas, la suture de l'urèthre est bonne et formellement indiquée. Ainsi, lorsque l'incision de l'u-

rèthre a porté sur la région pénienne, la suture n'a que des avantages. Mais si l'incision a été faite au voisinage du scrotum, en un point où les téguments sont plus épais, j'en vois moins la nécessité. Si elle a porté sur le périnée, elle me paraît inutile.

D'autre part, lorsque l'incision, quel que soit son siège, ne dépasse pas 2 centimètres, la guérison sans suture se fait toute seule. Je pense aussi que lorsqu'on a fait la résection d'un rétrécissement, il doit suffire de suturer la peau avec soin pour assurer la cicatrisation.

M. Horteloup. Qu'il me soit permis de rappeler avec quelle facilité se fait, dans les premiers temps, la cicatrisation des incisions de l'uréthrotomie externe. Dans les opérations déjà nombreuses que j'ai eu l'occasion de pratiquer, j'ai toujours été frappé de la rapidité avec laquelle, au début, les plaies se cicatrisaient. Mais cette cicatrisation, il faut le dire, n'est ordinairement pas complète; il reste une petite fistule, et souvent elle persiste.

Je savais que M. Daniel Mollière, dans ses essais de suture, n'avait pu obtenir une réunion complète, et récemment j'ai pu voir un nouvel exemple de cette non-réunion.

C'était chez un garçon envoyé de la campagne avec une rupture du périnée. Le médecin qui l'avait soigné au premier moment avait fait l'incision et la suture du périnée et placé une sonde à demeure.

Mais l'urine avait fusé et produit des décollements.

Aussi j'accepterais difficilement la suture dans ces conditions.

M. Terrier. Il est difficile de dire *a priori* quels pourront être les résultats fournis par la suture de l'urèthre, qui a été peu pratiquée jusqu'ici. Ce que j'ai dit s'applique seulement aux cas de corps étrangers de l'urèthre et aussi aux calculs. Dans l'observation que j'ai rapportée, en faisant la suture de l'urèthre et laissant ouverte la plaie cutanée, la guérison a eu lieu en vingt jours. Mais je ne prétends pas que la guérison ne puisse être obtenue sans suture.

La question de la résection des rétrécissements est complètement en dehors de celle que j'ai voulu aborder. Mais à l'avenir, pour les corps étrangers et les calculs de l'urèthre, je ferai la suture du canal et j'y ajouterai même la suture de la peau, avec un petit drain.

Communication.

Gros fibrome intra-utérin extrait par les voies naturelles du col,

Par M. Ch. Monod.

Je mets sous vos yeux un fibrome utérin, gros comme une orange moyenne (circonférence 20 centimètres), qui était tout entier contenu dans l'utérus et que j'ai pu sans trop de difficulté extraire par les voies naturelles.

La tumeur avait pénétré dans la cavité du col en effaçant l'orifice interne, mais n'avait pas franchi l'orifice externe. Celui-ci cependant était un peu dilaté ; il se présentait sous forme d'une ouverture du diamètre d'une pièce de 50 centimes environ, dans l'aire de laquelle on apercevait la tumeur, reconnaissable à sa coloration blanche et à sa consistance ferme.

L'intervention était urgente; les métrorrhagies se succédaient de plus en plus abondantes, et avaient amené un état d'anémie prononcée qui se manifestait par une faiblesse générale et une décoloration extrême de la face et des muqueuses.

D'autre part, la malade était encore trop jeune (38 ans) pour qu'il fût sage d'attendre le bénéfice, assez aléatoire du reste, de de l'âge critique.

Il parut, en insinuant le doigt entre le col aminci et la tumeur, que celle-ci n'était pas en connexion intime avec l'utérus, au moins dans toute l'étendue qui était accessible par ce mode d'exploration.

La tendance qu'elle montrait à s'engager dans le col, son aspect, qui tranchait par sa coloration blanche sur celle de la muqueuse utérine, parlaient aussi en faveur d'un polype, ou du moins d'une tumeur plus ou moins dégagée de l'épaisseur des parois de l'utérus.

Il paraissait au moins rationnel d'aller, en pénétrant dans l'utérus, s'assurer de ses rapports exacts et de tenter l'extraction.

Il fallait pour cela, au préalable, agrandir l'orifice externe par dilatation lente et rapide ou par section.

C'est à ce dernier moyen que je donnai la préférence. La malade étant endormie et couchée en travers sur le bord du lit, le vagin étant largement ouvert à l'aide du gros spéculum en buis; j'introduisis sous la lèvre antérieure du col, entre celle-ci et la tumeur, une des branches des ciseaux thermocaustiques de Paquelin. En rapprochant de celle-ci l'autre branche qui était à la surface externe

du col, j'obtins facilement une large section du col sur toute la hauteur de sa portion intra-vaginale.

Implantant alors une forte pince de Museux dans le tissu de la tumeur, j'exerçai sur elle une traction continue qui lui fit en partie franchir le col.

Mais il fut bientôt évident qu'elle ne céderait point à de simples tractions, et qu'elle devait tenir solidement par un point de sa circonférence au tissu même de l'utérus.

La cavité utérine, grâce à l'incision du col et à l'abaissement de l'utérus produit par la traction, était alors accessible au doigt. Il fut possible en pliant l'index à la surface de la tumeur d'en explorer le contour, et de s'assurer de l'existence d'un pédicule, qui s'implantait vers la corne droite de l'utérus.

Dans la pensée qu'une disposition de ce genre pourrait être rencontrée, je m'étais muni d'un instrument inventé par le professeur Courty, qui n'est autre qu'une petite serpette à lame fortement recourbée, ne coupant que par sa concavité, et montée sur un long manche.

Cet instrument, mousse sur sa convexité, peut être porté en avant sans danger, il ne coupe qu'au retour, lorsqu'on le retire de la cavité utérine, les parties qu'il peut accrocher sur sa route. Il est relativement facile, en s'aidant du doigt comme guide, de porter cette lame sur le pédicule, et, après l'avoir contourné, de le sectionner à la base.

Quelques tractions combinées avec un mouvement de rotation de l'axe, destinées à déchirer par torsion les brides qui auraient pu échapper à l'instrument, amenèrent alors sans trop d'effort la tumeur dans le vagin, franchissant le col, qui se laissa dilater sans autre intervention.

Les suites de cette opération furent des plus simples ; il n'y eut aucune perte sanguine immédiate ni tardive, aucune douleur, aucune fièvre. Un léger suintement sanguinolent se fit pendant les premiers jours, puis tout rentra dans l'ordre.

Au bout de douze jours, la malade pouvait rentrer chez elle, à Moulins, sans autre incident.

Je ne veux pas, à propos de ce fait, discuter à nouveau la question si souvent débattue devant la Société de Chirurgie du traitement des polypes intra-utérins.

J'ai voulu seulement attirer l'attention sur le procédé relativement simple que j'ai employé.

Je me range, on le voit, du côté de Stoltz et des auteurs qui soutiennent que la section du pédicule et des tumeurs avec l'instrument tranchant est un moyen simple, efficace et sans danger.

Je ne crois pas avec M. Guéniot qu'il soit nécessaire d'avoir re-

cours au serre-nœud de Maisonneuve, dont l'application est certainement plus difficile, et peut-être en certains cas impossible.

Aux ciseaux que recommande Stoltz, j'ai substitué la serpette de Courty. La modification n'est pas considérable. Je crois cependant, pour les raisons que j'ai dites, que l'instrument de Courty est d'un maniement moins dangereux que les ciseaux dans l'espace resserré où l'on est obligé de manœuvrer.

Je termine enfin en recommandant la section du col utérin lorsque l'orifice externe n'est pas assez ouvert pour permettre accès au doigt ou aux instruments dans la cavité utérine.

Cette section, faite au thermocautère, est exsangue et absoument sans danger [1].

Discussion.

M. Pozzi. Dans son opération, M. Monod a employé le thermocautère pour la section du col utérin; pour ma part, je me contente de ciseaux courbes sur le plat pour faire cette section, car je crois que l'on n'a pas à redouter l'hémorrhagie. Après cette section, il faut pratiquer avec le doigt l'exploration de la cavité utérine, pour se rendre compte du point d'implantation du pédicule.

Je suis de plus en plus porté à me servir de l'instrument tranchant pour la section de ce dernier, car la rétraction du tissu musculaire s'oppose presque toujours à l'hémorrhagie, et si elle se produit, le tamponnement avec la gaze iodoformée en a facilement raison.

M. Lucas-Championnière. Les ciseaux me paraissent aussi parfaitement suffisants pour l'ablation des fibromes de l'utérus. Je les emploie toujours à l'exclusion de l'écraseur et des serre-nœuds, et je n'ai jamais vu d'accidents. Ils me servent aussi pour faire la section des lèvres du col.

Récemment j'ai eu à opérer chez une femme vierge. L'opération a été rendue laborieuse par cette condition spéciale, mais elle s'est terminée, en somme, sans accident.

Dans un autre cas, j'ai dû opérer, aux environs de Paris, une femme, au moment des hémorrhagies. Le polype qu'elle portait avait à peu près le volume de celui qu'a enlevé M. Monod. Aussitôt après la section, l'hémorrhagie s'arrêta.

Je fais aujourd'hui le tamponnement iodoformé précédé de

[1] Voy. *La Cure chirurgicale des polypes intra-utérins*, et Mémoire de Guéniot (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1875, t. I[er], p. 66), une note de Stoltz (*Archives de Tocologie*, p. 159), et une Réponse de Guéniot (*Ibid.*, p. 164).

lavages antiseptiques, mais je ne renouvelle plus ensuite les injections.

M. Le Dentu. Nous sommes aujourd'hui mieux outillés qu'autrefois pour ces opérations, et l'emploi des antiseptiques en rend les suites plus bénignes. Toutefois, il est des cas où le débridement à l'aide des ciseaux ne permet pas de remonter assez haut dans la cavité utérine. C'est alors que j'emploie les mandrins de Hegar, qui permettent d'aller plus loin et facilitent beaucoup l'exploration.

Dans deux cas, je me suis bien trouvé du curage fait avec soin, le doigt guidant la curette. Cette manœuvre me paraît un complément indispensable de l'ablation. Je mets également un tamponnement iodoformé dans la cavité et quelquefois même un tube à drainage.

M. Guéniot. Lorsqu'on enlève totalement un polype utérin, la règle est de voir survenir une guérison rapide. Cependant, des accidents peuvent se produire et l'hémorrhagie en est un dont Dupuytren et Lisfranc ont observé des exemples, sans jamais, toutefois, l'avoir vue se terminer par la mort.

Nous sommes aujourd'hui mieux outillés qu'autrefois, et la serpette de Courty me paraît capable de rendre des services. Je remarque cependant qu'elle n'a guère que 1 centimètre de diamètre, et pour certains pédicules elle serait insuffisante.

Les ciseaux peuvent aussi suffire, mais à la condition d'être toujours guidés avec le doigt. Le serre-nœud, au contraire, que j'ai préconisé autrefois, a l'avantage d'agir sans qu'on ait besoin de déterminer exactement le point d'implantation du pédicule. Il n'exige pas, non plus, l'abaissement préalable de l'utérus, et met plus sûrement à l'abri des hémorrhagies quand le pédicule est très vasculaire.

En ce qui concerne le débridement du col, l'emploi des ciseaux me paraît indiqué si le col est effacé, mais s'il est long et à peine entr'ouvert, je pense que le thermocautère doit être préféré.

M. Pozzi. C'est, en effet, seulement la partie sous-vaginale du col qu'on peut débrider. Porté plus haut, le débridement pourrait n'être pas sans danger. Si l'on avait un col long et rigide à explorer, il faudrait en faire la dilatation au moyen de tiges de laminaire, dans les jours précédant l'opération.

Je dois dire que j'ai toujours éprouvé de la difficulté à placer l'anse du serre-nœud, quand j'ai voulu m'en servir. Aussi ai-je renoncé à cet instrument pour employer l'instrument tranchant. Quant à l'abaissement de l'utérus tel qu'on le pratique aujourd'hui,

c'est, en général, plutôt une simple fixation à l'aide de pinces, qu'un abaissement réel jusqu'à la vulve.

M. Guéniot. Lorsque le polype est peu vasculaire, quel que soit le moyen employé on n'a pas d'hémorrhagies. Mais dans les cas de polype très vasculaire, il peut y avoir danger à se servir de l'instrument tranchant, et surtout ce dernier ne doit agir que guidé exactement avec le doigt.

M. Pozzi. Dans ces cas, on peut sectionner lentement, à petits coups, le pédicule, à l'aide de ciseaux, en ayant la précaution de le tordre à mesure. En agissant ainsi, on n'a pas besoin de guider les ciseaux avec le doigt.

M. Monod. Après avoir exploré chez ma malade la cavité utérine avec le doigt, c'est parce que je sentais mal le pédicule que j'ai eu recours à la serpette. J'ai pu la conduire jusqu'en un point que mon doigt ne pouvait atteindre. Si j'avais employé les ciseaux, j'aurais dû, comme le veut M. Guéniot, en diriger constamment la pointe avec le doigt.

Présentation de pièces.

M. Poncet (de Lyon) présente plusieurs *appareils métalliques prothétiques* qu'il emploie dans *la rhinoplastie* pour soutenir le lambeau.

Ces appareils, fabriqués par M. Martin (de Lyon), ont été récemment décrits et présentés à l'une des séances du Congrès de Nancy.

Présentation de malade.

M. Routier présente une jeune fille précédemment opérée à deux reprises d'un *sarcome vasculaire des parties latérales du nez*, du côté gauche, à laquelle il a dû pratiquer une large ablation du maxillaire supérieur avec la suture des paupières. Il reste aujourd'hui un orifice persistant qui ne pourra être comblé que par une opération autoplastique.

Discussion.

M. Poulet. Il sera nécessaire d'appliquer dans la cavité buccale un appareil pour soutenir le lambeau autoplastique. Sans cela, l'insuccès serait presque certain.

M. Bouilly n'a pu réussir qu'à l'aide de ce moyen, dans un cas analogue, sur un malade qui avait subi, en Amérique, trois ou quatre tentatives infructueuses de restauration.

Vote sur la demande d'honorariat de M. Marc Sée.

Nombre des votants.............	21
Oui	21

M. M. Sée est nommé membre honoraire.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 3 novembre 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine,

2° *Fistule biliaire cutanée. — Cholécystotomie*, par le Dr P.-M. Cartaya (de Matanzas) ;

3° *La Capitale de l'Équateur au point de vue médico-chirurgical*, par les Drs E. Gayraud, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, et Domec, professeur à la Faculté libre de Lille ;

4° *The Journal and Proceedings of the royal Society of New south Wales for* 1884, envoyé par le ministère de l'instruction publique ;

5° Une circulaire du ministre de l'instruction publique ayant trait au comité des travaux historiques et scientifiques ;

6° Un mémoire sur le *Traitement des abcès du foie par la méthode de Little*, pour le concours du prix Laborie, avec l'épigraphe : « Serait-il permis, dans un cas où l'on reconnaîtrait qu'on a affaire à un abcès du foie facilement accessible, de l'inciser et de le traiter absolument comme on fait de l'empyème ? » (Question posée devant la Société anatomique de Paris par M. Mossé, décembre 1877.) Inscrit sous le numéro 2 ;

7° *De la pathogénie et du traitement des kystes hydatiques du foie*, mémoire pour le concours du prix Demarquay, en 1887, avec la devise : « Il faut modifier la théorie pour l'adapter à la nature et non la nature pour l'adapter à la théorie. » Inscrit sous le numéro 1 ;

8° M. Sée remercie la Société de l'avoir nommé membre honoraire dans la dernière séance ;

9° *Phlegmon du ligament large gauche, laparotomie*, guérison, par M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer). (Commissaire : M. Pozzi) ;

10° M. Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, se porte candidat à la place vacante de membre titulaire ;

11° M. Pamard (d'Avignon) envoie une note dont il est donné lecture par M. le secrétaire général.

Note sur un cas de consolidation osseuse de fracture de la rotule, par le Dr Pamard (d'Avignon).

La consolidation osseuse des fractures de la rotule est un fait rare, mais je ne crois pas qu'on puisse trouver un fait analogue à celui que je présente : deux fractures transversales de la rotule, s'étant produites à neuf mois de distance, ayant été réunies par un cal fibreux, que je trouve transformé en cal osseux, après l'avoir perdu de vue depuis seize ans.

Voici l'observation :

M. X... est âgé de 19 ans ; il est grand, robuste, d'une excellente constitution.

Le 22 juillet 1867, il fait une chute de voiture, à la suite de laquelle il constate une fracture transversale de la rotule droite à sa partie moyenne.

Malgré tous les soins et les divers appareils que nous lui appliquâmes, son oncle, qui est médecin, et moi, nous ne pûmes obtenir qu'un cal fibreux.

Le 7 avril 1868, environ neuf mois après, notre malade, qui avait repris ses occupations d'agriculteur, était au travail : il fait un effort, et tombe ; on constate une nouvelle fracture transversale de la rotule, située au-dessous de la première.

Nos efforts ne furent pas plus heureux que la première fois, et nous dûmes le laisser avec un cal fibreux.

J'avais perdu de vue ce malade, lorsque, au mois de juillet dernier, appelé dans le pays qu'il habite, son oncle me demanda si je le reconnaissais, en me disant que les fonctions de son membre étaient rétablies, qu'il pouvait travailler debout pendant de longues heures et faire de longues courses sans être fatigué.

Tout naturellement je demandai à examiner sa jambe, et vous pouvez croire que je ne fus pas peu étonné, quand je trouvai une rotule entièrement osseuse.

Cette rotule, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur le moulage que j'ai fait faire, est divisée en trois parties. Elle présente deux étranglements, qui sont la trace des deux fractures. Sa longueur est de 10 centimètres, tandis que celle de la rotule gauche n'est que de 5 centimètres 1/2. Son épaisseur est moindre au niveau des deux fractures.

La cuisse et le mollet droits sont un peu moins volumineux que ceux du côté opposé.

J'ai été assez heureux pour présenter le malade au professeur Ollier, qui était en consultation dans le pays.

Je ne crois pas me tromper en disant :

1° Que les deux cals, qui étaient primitivement fibreux, sont devenus osseux ;

2° Que cette heureuse transformation est due à l'âge du sujet.

Communication.

Suture de l'urèthre après une uréthrotomie externe,

Par M. Le Dentu.

J'ai dit dans la dernière séance que j'avais pratiqué une fois la suture de l'urèthre. Voici dans quelles conditions :

Un homme de 45 ans entra dans mon service vers le mois de janvier de cette année, venant de la Maison de Santé où M. Horteloup lui avait fait l'uréthrotomie externe.

Le malade avait quitté la Maison de Santé avant la fin de la dilatation qui devait suivre l'opération sanglante. J'essayai de la reprendre au moyen des mandrins de Béniqué, et je pus la pousser assez loin ; mais une indisposition de l'opéré interrompit le traitement, et je le laissai se reposer quelque temps.

Quand je voulus reprendre la dilatation, après quelques semaines, j'éprouvai des difficultés qui me firent hésiter à insister,

parce que je craignais que l'état général du malade ne me permît pas de pousser le traitement jusqu'au bout. Je préférai recommencer l'uréthrotomie externe sur conducteur.

L'opération ne présenta rien de spécial. Le canal était superficiel; le bulbe sclérosé fut incisé sans perte de sang. La plaie était si simple et si régulière que je résolus d'en tenter la réunion. Sur la sonde métallique, au moyen de fortes aiguilles courbes, je plaçai quatre fils de fort catgut, qui embrassaient tous les tissus jusqu'à la sonde.

La suture portait donc sur la portion bulbeuse de l'urèthre et sur la partie antérieure du périnée.

Je plaçai une sonde de gomme à demeure.

Les suites furent heureuses. La réunion fut obtenue, sauf en un point très limité. Il s'y produisit une petite fistule qui persista quelques jours et guérit spontanément dès que le canal eut repris ses fonctions régulières.

Ce succès peut-il légitimement servir de base à une généralisation de la pratique dont j'ai eu à me louer ? En d'autres termes, doit-on suturer l'urèthre toutes les fois que ce dernier a subi une solution de continuité?

Je ne le pense pas.

La question étant à peine soulevée, il y aurait témérité à poser dès maintenant des conclusions. Elles risqueraient trop d'être démenties par les faits, sans préjudice des risques qu'on ferait courir aux malades en partant d'un point de vue absolument théorique.

Cependant il me semble qu'il est permis d'établir certaines contre-indications résultant des connaissances acquises relativement aux solutions de continuité de l'urèthre.

Celles-ci sont traumatiques ou opératoires.

Si elles sont traumatiques, en dehors des cas où il s'agit d'une plaie par instrument tranchant, il faut, en général, se garder de faire la suture.

Ce serait aller à l'encontre du principe sur lequel est basé aujourd'hui toute la thérapeutique des ruptures du canal, à savoir, qu'il faut avant tout assurer l'écoulement de l'urine et ouvrir prématurément le périnée par une longue incision, dès qu'il y a une menace d'infiltration.

Je dirai donc, en termes très nets, qu'*il ne faut pas suturer l'urèthre* à la suite des *ruptures traumatiques*.

Si les solutions de continuité de l'urèthre sont d'origine opératoire, la question se présente sous un tout autre aspect.

L'incision de l'urèthre, pour l'extraction d'un corps étranger ou d'un calcul, est un des cas les plus simples qu'on puisse avoir à envisager.

Pour ceux-là, je n'ai pas d'objection à faire à la proposition de M. Terrier, étant de ceux qui croient que, du moment que la réunion immédiate est pratiquée avec le soin voulu pour éviter les accidents, elle doit être préférée à la cicatrisation par réunion secondaire.

Mais j'ajoute que la suture, appliquée à l'urèthre, ne doit pas être considérée comme une opération banale. Loin de là : à ceux qui ne disposeraient pas d'un outillage convenable, en aiguilles et en fils aseptiques, je conseillerai l'abstention, puisqu'il est démontré que de longues plaies de l'urèthre peuvent se réunir en entier ou presque en entier après suppuration.

Je dirai encore que la suture à deux plans, que M. Terrier se propose de pratiquer à l'avenir, offrirait à mon sens des avantages réels sur la suture à un seul plan, embrassant tous les tissus à la fois.

Ces considérations s'appliquent surtout aux plaies de la portion spongieuse, de celle qui est le plus facilement accessible.

La même conduite aurait-elle sa raison d'être en cas de plaie opératoire de la région bulbeuse et du périnée ? C'est à cette question que répondront les tentatives qui seront faites dans ce sens à partir de ce jour, et qui viendront après celles de M. Daniel Mollière.

Elles devront, selon moi, être très réservées, parce que, entre autres raisons, les plaies opératoires résultant de l'uréthrotomie externe (je laisse de côté les tailles) sont souvent passablement irrégulières, et aussi parce que les tissus divisés ont une grande tendance à se mettre en contact et à se réunir rapidement. Néanmoins cette réunion ne se fait pas ordinairement en moins de trois semaines. Les réunions plus rapides devront être considérées comme tout à fait exceptionnelles.

Je dirai en terminant, pour donner une figure concise à ma pensée :

1° Dans les ruptures traumatiques il ne faut pas suturer;

2° Des tentatives seront permises dans certaines plaies opératoires ou non opératoires, à condition que ces dernières soient très simples et que le médecin soit bien sûr de sa main et de son outillage.

Discussion.

M. Terrier. Je tiens à faire remarquer que le fait cité par M. Le Dentu diffère totalement de celui que j'ai rapporté. Mais je ne suis pas de son avis lorsqu'il déclare que la suture à deux plans faite après l'extraction de calculs ou de corps étrangers de

l'urèthre est une opération délicate; je la crois banale et des plus simples.

Reste la question des lésions traumatiques. Pour ces dernières, je serais tenté de faire aussi la suture, après avoir, au besoin, fait quelque débridement. Il est probable que je l'exécuterais comme l'a fait M. Lucas-Championnière, mais je n'oserais peut-être pas suturer le périnée.

D'autre part, je ne comprends plus la suture dans l'uréthrotomie externe. Du moment que l'on a sectionné un canal rétréci, il importe de laisser la cicatrisation se faire sur une sonde qui donne au canal un calibre supérieur à celui qu'il avait avant la section.

M. Th. Anger. Voici les deux calculs extraits de l'urèthre du malade dont j'ai cité l'observation dans la dernière séance. L'un, allongé, occupait la région du bulbe; l'autre, plus volumineux, complètement arrondi, était dans la région prostatique. Une incision de 5 centimètres a été nécessaire pour extraire ces calculs.

M. Le Dentu. En disant que la suture de l'urèthre n'était pas une opération banale, j'ai voulu exprimer que cette suture devait être faite avec beaucoup de soin. Il faut chercher, en effet, à obtenir le simple affrontement des bords de la muqueuse uréthrale, dont on connaît la minceur; on ne peut affronter des surfaces, comme lorsqu'il s'agit du péritoine.

Or, exécuter la suture du canal, au milieu de l'infiltration de sang, dans des tissus irrégulièrement divisés et dans la profondeur du périnée, me paraît constituer une opération délicate.

D'ailleurs, la thérapeutique n'est pas la même pour tous les cas. Si la rupture est simple, la suture est inutile; on peut se contenter de placer une sonde à demeure. Dans les cas de rupture très compliquée, je considère la suture comme trop difficile à exécuter, et je pense qu'en la faisant on s'expose à des accidents.

J'ai fait également de nombreuses réserves en la conseillant dans l'uréthrotomie externe. Mais il y a des cas spéciaux, tels que celui que j'ai rapporté, pour lesquels la suture peut être utilisée. Le canal, en effet, était déjà dilaté chez mon malade, et admettait une bougie d'un certain calibre. Aussi ai-je pu faire la suture des lèvres du canal sans détruire le résultat que le débridement m'avait donné.

C'était donc là un cas isolé, présentant des conditions spéciales. L'événement, d'ailleurs, m'a donné raison, puisqu'il a été facile de passer les bougies dilatatrices après l'opération.

M. Lucas-Championnière. Je soutiens et je pose en principe que la contusion des tissus n'a jamais empêché d'en obtenir la réunion,

lorsqu'on la tente après avoir bien nettoyé la plaie. Il n'y a donc pas de raisons pour que la suture ne réussisse pas dans les cas de rupture traumatique du canal de l'urèthre. Tout au plus le contact de l'urine pourrait-il être considéré comme défavorable. Mais si l'on fait bien l'antisepsie de la plaie, on peut, là comme ailleurs, obtenir la réunion primitive.

M. Le Dentu. Il m'est arrivé de faire aussi des réunions dans les plaies contuses, mais je crois que l'urèthre se trouve dans des conditions toutes spéciales, et il me semble qu'il serait dangereux de vouloir généraliser la suture dans les cas de rupture traumatique de ce canal.

Rapport.

Piqûres de vipère heurtante. — Phénomènes graves. — Guérison, par le Dr E. Pluyette (de Marseille).

Rapport par M. Terrier.

Le docteur E. Pluyette, chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Marseille, vous a adressé une observation assez curieuse de plaie envenimée, qu'il intitule : *Piqûres de vipère heurtante ;* il vaudrait mieux dire, je crois, morsures de vipère heurtante; quoi qu'il en soit, voici le fait résumé :

Comme toujours ou presque toujours dans nos climats, il s'agit d'un individu employé ou propriétaire de ménagerie, qui manie un serpent sans se douter du danger qu'il peut courir.

Les morsures intéressèrent la main droite. Aussitôt un lien constricteur fut appliqué autour du poignet, du sel marin fut placé sur les plaies, et peu après de l'ammoniaque liquide. M. Pluyette vit le blessé dix minutes à peine après la morsure : la main était très tuméfiée, et sur sa face dorsale on constatait l'existence de deux points noirs, l'un sur la première phalange de l'index, l'autre à la partie inférieure de l'espace interosseux qui sépare les deuxième et troisième métacarpiens. Ces points noirs étaient les seules traces de l'introduction des dents de l'animal dans la main.

M. Pluyette enfonça profondément au niveau de ces deux plaies punctiformes la pointe du thermocautère, et appliqua de nombreuses pointes de feu sur tout le dos de la main tuméfiée.

Il enleva le lien constricteur, prescrivit des fomentations de quinquina et une potion avec 12 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Revenant deux heures après avec le Dr Villeneuve (de Marseille), M. Pluyette constata que son blessé allait assez bien ; pas d'accidents généraux, mais aggravation des phénomènes locaux : œdème de l'avant-

bras et ganglion épitrochléen douloureux. On fit des cautérisations sur l'avant-bras; autour des morsures de la vipère on pratiqua cinq injections sous-cutanées de teinture d'iode (une seringue de Pravaz pleine pour ces cinq injections), et on continua les fomentations de quinquina. Grog, acétate d'ammoniaque, liqueur d'Hoffmann (1 gramme). Douze heures après l'accident (1er octobre), l'œdème avait encore progressé, mais moins rapidement; insomnie, quelques nausées. Potion d'acétate d'ammoniaque et d'éther phosphoré, alternant avec une potion de teinture d'iode (5 gr. pour 200 d'eau). Vers la dix-huitième heure, l'œdème avait envahi tout le bras, il était dur et rénitent; plaques rouges sur l'avant-bras, menaces de phlegmon diffus, fièvre légère, un vomissement. On prescrit un éméto-cathartique (1 gr. ipéca et 0gr,10 tartre stibié); vingt-quatre heures après l'accident, l'état général était meilleur, mais localement l'œdème était énorme (50 centimètres de circonférence du bras au niveau du biceps), le membre avait presque doublé de volume. On prescrit des bains antiseptiques prolongés (1 gr. de sublimé pour 5,000 d'eau), bains qui d'ailleurs ne furent supportés que deux heures.

Le 2 octobre, il persiste des menaces de phlegmon et de gangrène. Huile camphrée chaude, cataplasme, sirop de quinquina, etc.

Les 3, 4 et 5 octobre, les accidents locaux s'améliorent, l'œdème diminue peu à peu, et les taches noirâtres faisant craindre la gangrène deviennent jaunes.

Le 6 et 7, l'amélioration continue et l'appétit renaît.

Le 12, soit 13 jours environ après l'accident, le malade peut être regardé comme guéri, bien qu'il lui reste un peu d'œdème au bras.

Avant de relater les observations de l'auteur à propos de ce fait, disons de suite que la *vipère heurtante* (vipera arietans), décrite par Merrem en 1820, habite l'Afrique depuis le dix-septième degré de latitude nord jusqu'au Cap, et que sa morsure serait fréquemment mortelle. M. Pluyette fait remarquer que cette échidné ou vipère appartient aux solénoglyphes vipériens; or, ceux-ci, d'après Viaud Grand-Marais [1], détermineraient par leur morsure des accidents locaux sérieux et des phénomènes généraux plus lents à évoluer, assertion qui a été parfaitement confirmée dans le cas actuel.

Le pronostic d'une pareille blessure est des plus graves. E. Sauvage [2] rapporte qu'une femme du Transwaal, mordue par une vipère heurtante, mourut le lendemain de sa blessure; d'autre part, on dit que les Hottentots se servent de ce venin pour empoisonner leurs flèches. Enfin, d'après Sauvage, un lapin mordu par cette vipère succomberait en deux à trois minutes, et un chien en une heure et quart. *A cet égard, MM. Pluyette et Siepi, préparateurs au muséum*

[1] *Dict. encyclopédique des sc. méd.*, 3e série, t. IX, p. 387 et suiv.
[2] *Reptiles et Batraciens*, p. 474 et 475.

de Marseille, tentèrent une expérience : après avoir trempé la pointe d'un scalpel dans la glande venimeuse de la vipère heurtante qui avait mordu leur malade, ils plongèrent cette pointe dans l'aisselle d'un cobaye, qui fut pris de tremblement, de paralysie du train postérieur et de convulsions. Sous l'influence d'excitations artificielles, l'animal se remit à marcher, mais une deuxième inoculation produisit des accidents analogues sans entraîner la mort. Il est vrai que la vipère avait été tuée peu après la morsure et conservée dans l'alcool, ce qui change les conditions expérimentales.

Quoi qu'il en soit, la morsure des échidnés, et de l'échidné heurtante, passe pour très grave et pour déterminer une mort très prompte. La médication instituée par M. Pluyette doit-elle être regardée comme ayant été la cause efficiente de la guérison de son malade? Telle est la question qu'il discute en dernier lieu.

Cette médication peut se résumer ainsi : 1° cautérisation au fer rouge; 2° excitants diffusibles et toniques; 3° teinture d'iode par la voie sous-cutanée et stomacale; 4° éméto-cathartique; 5° bains antiseptiques. Un point a été oublié par l'auteur dans ce résumé, c'est la compression circulaire établie par le blessé et une sorte de cautérisation avec l'ammoniaque liquide.

La cautérisation au fer rouge est classique ; pour mon compte, je lui préférerais l'emploi des caustiques énergiques, au moins dans les plaies, laissant la cautérisation au fer rouge pour le traitement de l'œdème, qui apparaît si rapidement.

Je n'insiste pas sur l'administration des excitants diffusibles : acétate d'ammoniaque, liqueur d'Hoffmann, éther phosphoré, cognac. Toutefois l'éther phosphoré me séduit assez peu, l'action du phosphore sur les tissus me paraissant plutôt nuisible qu'utile.

Reste l'emploi de la teinture d'iode? Ici, l'auteur a été guidé par les dernières recherches sur la thérapeutique de la pustule maligne; ce serait un antiseptique puissant, et les résultats obtenus par l'injection dans le tissu cellulaire seraient excellents. J'avoue ne partager que relativement cet enthousiasme pour la teinture d'iode ; mais c'est là une question d'expérimentation et non de raisonnement.

Enfin, M. le Dr Pluyette croit les bains antiseptiques plutôt nuisibles qu'utiles dans ces cas; or, rien ne nous paraît justifier cette façon de voir. Il y a bains et bains, et un large pansement antiseptique humide appliqué autour du membre remplace très bien un bain local, difficile à supporter longtemps. Contrairement à l'auteur, si j'avais à traiter une morsure de serpent, j'utiliserais les pansements antiseptiques énergiques : au sublimé, à l'iodoforme ou à l'acide phénique.

Quant aux éméto-cathartiques, leur usage est peut-être bon pour éliminer le venin, telle est du moins l'opinion acceptée généralement.

Enfin, l'auteur paraît ne pas trop tenir à l'administration de la teinture d'iode à l'intérieur, et nous le comprenons facilement.

En fait, Messieurs, l'observation de M. le Dr Pluyette est des plus rares et des plus intéressantes, et je propose de la déposer aux archives et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

Névralgie rebelle du nerf dentaire. — Résection de l'extrémité terminale du nerf par le procédé de M. Ch. Monod, deux observations, par M. Jeannel.

Rapport de M. Monod.

I

M. Jeannel nous a adressé deux intéressantes observations de névralgie du dentaire inférieur qu'il a essayé de combattre à l'aide du procédé opératoire dont je vous ai entretenus dans l'une de nos séances de l'année 1884 [1] (résection de toute l'extrémité terminale du nerf dentaire par trépanation de la branche horizontale du maxillaire inférieur, section du nerf dans son canal et traction sur le nerf mentonnier).

Cette intervention dans deux cas en apparence semblables a donné lieu à des résultats bien différents. Dans le premier, la guérison, constatée à un an de distance, se maintenait satisfaisante. Dans l'autre, le retour des douleurs se produisit presque immédiatement.

C'est à peu près exactement de même que les choses se sont passées dans les deux faits que je vous ai rapportés. Dans l'un, la guérison paraît définitive. Dans l'autre, la récidive, moins prompte que dans le cas de M. Jeannel, et qui n'avait pas paru à l'époque où je vous fis ma communication, se produisit au cours de l'année qui suivit l'intervention opératoire.

L'un des faits de M. Jeannel est de nature à donner l'explication de ces différences. Cette observation mérite d'ailleurs à divers

[1] *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 580.

titres que l'on s'y arrête. Je la résumerai donc aussi brièvement que possible, mais non sans entrer cependant dans certains détails qui importent.

II

Observation I. — *Névralgie rebelle des deux nerfs dentaires inférieurs, mais principalement du nerf du côté droit. — Extension de la douleur aux nerfs linguaux et sous-orbitaires. — Insuccès du traitement médical. — Résection de toute l'extrémité terminale du nerf dentaire droit d'après le procédé de M. Monod. — Disparition immédiate des douleurs des deux côtés. — Reprise des douleurs dix jours après du côté non opéré. — Maintien de la guérison du côté opéré, constatée un an plus tard.*

Il s'agit d'une femme de 45 ans, mariée à 20 ans, mère de 8 enfants, qui avait vu se développer, particulièrement à partir de sa troisième couche, une série de troubles musculaires et nerveux, rapportés à une affection de la moelle (sclérose en plaques), ayant fini par faire d'elle une véritable impotente. Elle en était venue, par suite d'une atrophie générale bien qu'inégalement distribuée du système musculaire, des attitudes vicieuses variées et de la faiblesse qui en résultaient, à ne pouvoir plus faire un pas sans être soutenue.

A cet état s'était ajoutée depuis six ans une névralgie atroce du dentaire inférieur gauche, irradiant depuis le menton jusqu'à l'oreille, et s'étendant au nerf lingual et au nerf sous-orbitaire du même côté.

Cinq ans plus tard, les crises ont cessé ou du moins diminué à gauche; mais le nerf du côté droit s'est pris, et la névralgie, pour avoir changé de siège, n'a point changé d'allure ni de violence.

Les traitements médicaux les plus divers sont restés infructueux.

Toutes les dents de la mâchoire inférieure, successivement accusées d'être l'origine du mal ont été arrachées. Il en est résulté que Mme D..., mâchant fort mal ses aliments, et ne pouvant d'ailleurs supporter un dentier, a contracté une dyspepsie rebelle; d'où recrudescence des douleurs névralgiques au moment des digestions; d'où aussi souffrances de la nutrition et amaigrissement considérable.

Les crises douloureuses ont été dès le début caractérisées par une série d'élancements, partant exactement du trou mentonnier, remontant le long du maxillaire inférieur, s'étendant à la moitié de la langue, envahissant l'oreille, et revenant mourir au niveau du nerf sous-orbitaire. En même temps, la face se congestionne et devient chaude, et la moitié de la langue correspondant au côté douloureux prend l'aspect saburral; cette particularité a été à diverses reprises nettement constatée. La parole, la mastication, le contact du doigt sur le rebord gingival, du reste rouge et enflammé, la pression la plus légère sur le trou mentonnier et la symphyse, réveillent la douleur. Au contraire, la pression en arrière du trou mentonnier reste indifférente.

D'ailleurs, les crises ont subi quelques interruptions d'un ou deux mois, mais cela indépendamment de toute thérapeutique. Pour le mo-

ment, elles sont d'une extrême violence et semblent revenir chaque soir avec une certaine régularité.

Le sulfate de quinine fut pour cette raison donné à nouveau; puis le sulfate de cuivre ammoniacal, qui n'avait pas encore été essayé; l'un et l'autre sans succès.

M. Jeannel proposa alors à la malade une intervention chirurgicale, en ayant soin de spécifier qu'il ne pouvait malheureusement pas en affirmer le succès d'une façon absolue.

Il avait, en effet, pour craindre un échec, non seulement le souvenir des opérations faites en cas analogues, mais encore et surtout les conditions mêmes du cas présent. Il était évident, en effet, que les lésions musculaires multiples dont Mme D... était affectée tenaient à une lésion médullaire (sclérose en plaques sans doute); il y avait donc bien lieu de penser que la névralgie était, elle aussi, d'origine centrale, et cela d'autant plus qu'elle était bilatérale.

Néanmoins l'espoir, mais non la certitude, d'une origine périphérique était justifié : 1° par la marche de la crise douloureuse, qui débutait toujours à l'extrémité cutanée du nerf, pour remonter vers les parties centrales; 2° par ce fait bien précis de la douleur provoquée par la pression au niveau du trou mentonnier.

En dépit des réserves faites sur le résultat à attendre, Mme D... accepta l'opération proposée.

Celle-ci fut pratiquée le 19 octobre 1884. Je puis en passer les détails, M. Jeannel ayant exactement suivi le procédé employé par moi-même, qui a été minutieusement décrit dans ma première note à ce sujet.

Une couronne du trépan de 1 centimètre de diamètre et de 3 millimètres de haut, appliquée au point que j'ai indiqué, à 1 centimètre environ en arrière du trou mentonnier et à 1 centimètre du bord inférieur de l'os, ouvrit le canal dentaire, et permit de reconnaître, de charger sur un crochet et de sectionner le nerf dentaire. Une traction sur le nerf mentonnier mis à découvert amena en dehors toute l'extrémité terminale du nerf, longue de 15 millimètres. Il est à remarquer que le nerf mentonnier était double; l'un, hypertrophié, du volume d'un cubital, sortait par l'orifice normal; l'autre, plus petit de moitié, sortait par un orifice spécial, situé un peu au-dessous, en arrière du premier.

Ajoutons immédiatement que l'examen histologique du nerf arraché démontre l'existence d'une névrite interstitielle; les fibres nerveuses étaient en effet englobées dans une masse de tissu fibreux formant des zones circulaires autour des cordons nerveux.

M. Jeannel compléta l'opération en tentant l'élongation du bout central du nerf dentaire; mais le fil placé sur ce bout avant sa section glissa dès que la traction devint un tant soit peu énergique.

A ce sujet, M. Jeannel conseille avec raison de saisir l'extrémité du nerf avec une pince et de l'enrouler doucement sur l'instrument jusqu'à rupture. Il croit que cette manœuvre pourrait avec avantage être employée pour l'arrachement du nerf mentonnier, qui parfois se rompt au niveau du nœud dans lequel il a été saisi.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 47.12.86. *Le Gérant :* G. MASSON.

Immédiatement après l'opération, on peut constater une anesthésie complète de la région opérée, mais de l'hyperesthésie tout autour et même dans la région sus-hyoïdienne. Celle-ci disparaît dès le lendemain. L'anesthésie au contraire persistait dans toute la région innervée par le nerf dentaire droit. Le contact de la lèvre, de la langue, du rebord alvéolaire, qui naguère provoquait des crises, reste indifférent.

Au bout de huit jours, la plaie opératoire, réunie par première intention, était guérie. — L'indolence persistait absolue.

Mais du côté gauche, non opéré, la douleur névralgique, qui depuis de longs mois avait disparu, est revenue assez vive, se reproduisant par crises pénibles.

Cet état se maintenait exactement le même au bout d'un an. Dans une seconde communication, M. Jeannel me fait savoir que du côté droit, opéré, la récidive ne s'est point produite ; l'insensibilité reste absolue. Du côté gauche, au contraire, les crises de douleurs persistent et vont plutôt en augmentant d'intensité.

III

Dans la seconde observation de M. Jeannel l'insuccès fut au contraire complet et immédiat.

Obs. II. — *Névralgie rebelle du nerf dentaire inférieur du côté droit ; irradiation douloureuse dans toutes les branches du trijumeau. — Même opération que dans l'observation précédente. — Prompt retour des douleurs.*

Le malade était un homme de 55 ans, fortement constitué, n'accusant aucune maladie antérieure, aucun antécédent syphilitique ; arthrique, sujet à de fréquentes migraines ; père mort goutteux.

Il y a huit ans, subitement, dans la gare du chemin de fer, au moment où il allait partir en voyage, il ressent dans la mâchoire inférieure du côté droit comme une forte « décharge électrique ». Dès lors, plus de migraines, mais des crises névralgiques, non continues, assez rares même au début, dans la mâchoire inférieure du côté droit. Le mal resta tolérable jusqu'à il y a quatre ans. Les crises se rapprochèrent alors, devinrent de plus en plus intenses et de plus en plus longues. Toutes les dents, saines d'ailleurs, sont arrachées du côté malade, sans résultat. Une série de médicaments, successivement essayés, n'amènent aucun soulagement, à l'exception de la morphine, à fortes doses, et encore ne fut-il que léger et très passager.

Depuis six mois, les crises sont devenues si violentes que le malade ne dort plus ; l'impression de l'air lui fait mal ; il ne mange que le moins possible, la mastication provoquant des accès ; il ne parle que fort peu, la parole lui causant des douleurs.

La douleur part nettement du trou mentonnier, remonte le long du nerf dentaire pour s'étendre au lingual et au sous-orbitaire. Elle dure une minute et cesse ; pendant sa durée, les mâchoires et les yeux se

ferment convulsivement, les muscles de la face se contractent ; le malade porte la main à sa figure, qui se congestionne. Il compare sa souffrance à un jet de flamme, à une décharge électrique forte et brûlante, « à un bouquet de feu d'artifice ». Il accepte d'avance toute espèce d'intervention chirurgicale capable de le délivrer d'une pareille torture.

M. Jeannel propose et pratique, le 25 avril 1885, celle qu'il a exécutée avec succès chez la malade de la précédente observation. Un seul incident est à noter, la couronne du trépan ayant été appliquée à plus d'un centimètre au-dessus du bord inférieur du maxillaire, le canal dentaire ne fut pas ouvert du premier coup, il fallut produire une seconde perte de substance de l'os un peu plus bas pour mettre le nerf à découvert. Toute l'extrémité terminale de celui-ci fut arrachée par traction sur le nerf mentonnier ; de plus, saisissant le bout central avec une pince, M. Jeannel l'élongea jusqu'à rupture ; le tronçon ainsi amené en dehors mesurait 3 centimètres.

Le calme fut de peu de durée. Il était complet le soir de l'opération et le lendemain matin, mais dès le soir de ce jour les souffrances avaient reparu. Douleur sourde, continue, interrompue tous les quarts d'heure par une crise aiguë, irradiant alors vers le front et surtout vers la tempe.

La plaie opératoire ne se comporta pas absolument bien ; la suppuration fut entretenue par une nécrose de l'os trépané et se prolongea jusqu'au 1er juin.

Pendant ce temps, les douleurs variaient d'intensité ; il y eut même des périodes d'indolence absolue, durant plusieurs jours, au point que l'on pouvait croire à la guérison.

Mais finalement, au moment où M. Jeannel nous adresse l'observation (1er juillet), il n'y avait plus de doute à avoir sur la récidive du mal.

L'examen histologique du nerf arraché ne révéla rien d'anormal.

IV

M. Jeannel se demande comment expliquer un insuccès aussi complet et aussi rapide. Il hésite entre deux hypothèses qui peuvent l'une et l'autre être défendues : ou bien celle-ci que la névralgie était d'origine centrale, la localisation périphérique n'étant que le résultat d'une illusion ; ou bien cette autre que le point de départ du mal était bien à la périphérie, mais que la récidive s'était produite dans le bout du nerf coupé, à faible distance par conséquent de l'extrémité terminale de celui-ci. Il fait remarquer que si l'absence de toute altération histologique de ce nerf arraché parle en faveur de la première de ces deux hypothèses, on peut invoquer à l'appui de la seconde les alternatives de bien et de mal, le véritable effort vers la guérison qui s'est manifesté chez son opéré.

Nous ferons observer à notre tour que ces derniers phénomènes, pour réels qu'ils soient, ont été trop peu accentués pour que l'on s'y rende et qu'il nous paraît bien difficile d'admettre que les phénomènes douloureux aient été sérieusement modifiés par l'intervention chirurgicale. La névralgie devait donc être d'origine centrale, et une opération n'intéressant que l'extrémité périphérique du nerf ne pouvait que rester sans effet.

Est-ce à dire que l'on doive reprocher à M. Jeannel d'avoir eu recours au procédé auquel il a donné la préférence? Nous ne le pensons pas.

Tout semblait l'inviter à agir comme il l'a fait. Je rappelle tout d'abord le succès qu'il avait lui-même, après d'autres, obtenu dans un cas récent. Il semblait que la situation fût exactement la même; même localisation de la douleur au trou mentonnier, qui rayonnait toujours de ce point comme d'un centre, réveillée par le moindre contact portant sur l'extrémité terminale du nerf. La résection de ce point sensible s'imposait donc pour ainsi dire. S'il était vrai qu'une intervention aussi limitée eût jamais apporté un soulagement durable, M. Jeannel était autorisé à penser qu'il se trouvait cette fois encore en présence d'un cas favorable à pareille tentative.

M. Jeannel fait même remarquer que l'hésitation était bien plutôt permise dans le premier cas que dans le second. Chez sa première malade, la névralgie était bilatérale, et surtout elle s'était développée chez une femme atteinte depuis de longues années d'une affection de la moelle épinière. Il n'était pas irrationnel de penser que les douleurs faciales étaient elles aussi sous la dépendance d'une lésion des centres. Il passa outre cependant et n'eut pas à le regretter. L'altération dont il put constater l'existence dans l'extrémité du nerf arraché expliqua et la localisation du mal et la guérison par le procédé employé.

Que conclure de tout ceci :

1° Que le diagnostic de l'origine centrale ou périphérique de la névralgie faciale est entouré jusqu'ici de difficultés parfois insurmontables;

2° Que, dans le doute, toutes les fois que, dans une névralgie rebelle du dentaire inférieur, le point de départ de la douleur siège manifestement dans la région du nerf mentonnier, on sera autorisé à tenter tout d'abord la destruction de l'extrémité terminale du nerf;

3° Le procédé que j'ai conseillé d'employer pour y parvenir donne un résultat opératoire complet; il est simple, à la portée de tous, sans danger pour le malade; la plaie qu'il nécessite et les cicatrices qu'il laisse sont sans importance. Je persiste à croire qu'il peut être recommandé;

4° Il laisse la porte ouverte à toute intervention ultérieure plus radicale, et s'adressant à des portions plus élevées du nerf et même à des nerfs voisins (polynévrotomies de Létiévant). Si la névralgie récidive, on se décide à la poursuivre dans ses diverses manifestations locales;

5° Je ne veux pas reproduire ici les considérations que je vous ai déjà présentées sur la valeur relative de ce mode opératoire. Je me borne à rappeler que je vous ai montré que, soit par le procédé que je préconise, soit par d'autres différant par les détails, mais tendant au même but, à savoir la suppression de l'extrémité terminale du nerf dentaire, un certain nombre d'heureux résultats ont été obtenus. L'une des observations de M. Jeannel vient s'ajouter à cette série.

J'ai longuement analysé les deux observations de M. Jeannel, aussi je me contente de vous proposer :

1° De déposer son travail dans nos archives;
2° De lui adresser nos remerciements.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Routier lit un travail intitulé : *Cure radicale d'une épiplocèle para-ombilicale irréductible ; guérison.*

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Terrier.

Nomination de la commission pour le prix Duval.

La commission se compose de MM. Marjolin, Th. Anger, Monod, Humbert et Peyrot.

Nomination de la commission pour le prix Laborie.

La commission se compose de MM. Guéniot, Nepveu, Lucas-Championnière, Richelot et Kirmisson.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire,

E. Delens.

Séance du 10 novembre 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat pour l'année 1885-1886 ;

3° *De l'exercice de la médecine par les femmes.* Discours inaugural, par le Dr Wasseige, à l'ouverture des cours de l'Université de Liège ;

4° M. le Dr P. Segond se porte candidat à la place de membre titulaire déclarée vacante ;

5° MM. Le Dentu et Terrier demandent un congé pendant la durée du concours des prix de l'internat (commission des congés) ;

6° *Observation de syndactylie complète congénitale des deux mains,* par le Dr Rohmer, de Nancy (commission, MM. M. Sée, Pozzi et Reclus) ;

7° Un mémoire pour les concours du prix Demarquay de 1887 : *Pathogénie et traitement des kystes hydatiques du foie*, avec la devise : « Video meliora proboque », inscrit sous le n° 2 ;

8° Le 2e fascicule du tome I des *Éléments de pathologie chirurgicale générale* de M. Terrier, offert par l'auteur ;

9° *Note sur la trépanation du crâne au Monténégro*, par M. le Dr Védrènes, membre correspondant ;

10° *Du nanisme ; l'homme-tronc ; recherches sur un décapité*, par le professeur Bouchard, de la Faculté de Bordeaux ;

11° *De l'extraction de la cataracte ; — sur le transport des malades et blessés par les voies ferrées dans les climats tropicaux ; — de l'organisation du service de santé militaire*, par le Dr Gori, professeur agrégé à l'Université d'Amsterdam, candidat au titre de membre correspondant étranger ;

12° *The Beaufort artificial arms and legs,* par le général MAXWELL;

13° *Amputation des deux avant-bras sur un enfant de huit ans pour écrasement des deux mains, etc.*, par le Dr S. LÉON-DUFOUR (commissaire, M. CHAUVEL);

14° *Traité des kystes congénitaux*, par le professeur LANNELONGUE et Ch. ACHARD, interne des hôpitaux.

Rapport.

De l'intervention chez les tuberculeux, par le Dr DELORME, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce, médecin-major de 1re classe.

Rapport par M. le Dr NEPVEU.

M. Delorme, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce, vous a présenté, sous le titre *Intervention chez les tuberculeux,* trois observations intéressantes à divers titres.

Les deux premières observations n'offrent d'intérêt que parce que l'auteur a fait le raclage, au fond d'un vaste abcès tuberculeux, de nerfs importants, le radial et le sciatique, sans qu'il soit survenu ni accidents primitifs, ni troubles consécutifs.

Ce n'est pas cependant la première fois qu'on dénude de gros troncs nerveux dans de grandes opérations. M. Verneuil, notamment, a reconnu qu'il lui avait été possible plusieurs fois d'isoler sur une assez notable étendue de gros troncs nerveux sans que cette pratique ait été suivie d'accidents [1].

Les faits de M. Delorme sont une contribution intéressante à ce chapitre de physiologie chirurgicale, déjà ouvert par les recherches de M. Verneuil, la dénudation des troncs nerveux. Les voici en abrégé :

L..., soldat au 4e de ligne, 23 ans, a déjà eu un *abcès chaud* de la région antibrachiale et une fistule à l'anus, opérée avec succès il y a quinze mois environ. Il entre à l'hôpital Saint-Martin le 25 mai 1885, tout d'abord dans un service de médecine pour une pleurésie purulente. Dix jours après son entrée, il passe en chirurgie pour un vaste abcès de la partie supérieure du bras, étendu de l'aisselle au coude. Le 18 juin, M. Delorme fait une incision de 16 à 17 centimètres à la partie interne du bras, et reconnaît que l'abcès est situé entre le triceps et le périoste huméral. Il en fait le raclage dans toute son étendue, et notamment sur toute la partie du nerf radial qui s'y trouvait.

[1] G. NEPVEU, Contribution à l'étude de la dénudation des nerfs (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1878).

L'établissement d'une large contre-ouverture dans laquelle on fit passer un tube à drainage, la régularisation complète de la surface anfractueuse de la cavité de l'abcès et un pansement à la gaze sublimée, amenèrent assez rapidement la guérison. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora, et ce qu'il y eut de particulièrement remarquable, c'est que, malgré le raclage du nerf, il n'y eut jamais le moindre trouble dans ses fonctions.

Le même fait se représente dans une collection tuberculeuse étendue de l'ischion jusqu'au-dessous du creux poplité.

L. François, soldat au 4e de ligne, est atteint en juillet 1884 d'une fièvre typhoïde. A peine convalescent, il éprouva quelques douleurs à la face postérieure de la cuisse et quelque gêne dans les mouvements du membre. C'est alors qu'il constata, à la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse, une tuméfaction volumineuse. M. Delorme ouvrit largement la poche, qui s'étendait du creux poplité au pli fessier; il en fit le raclage sur tous les points, et mit ainsi à nu le nerf sciatique dans toute l'étendue de la cavité sur une de ses faces seulement.

Le foyer fut alors lavé à la solution phéniquée forte, recouvert d'iodoforme et ses parois en partie suturées. Malheureusement, quelques points persistèrent à suppurer et alors une seconde intervention devint nécessaire. Une longue incision, étendue de l'ischion au jarret, permit de faire à nouveau le raclage de toute la cavité, et le blessé cette fois guérit assez rapidement.

Dans cette observation comme dans la précédente, la dénudation et le raclage du sciatique ne furent suivis de symptômes d'aucune sorte. Il sera évidemment utile de rechercher si, dans les cas de ce genre, il en sera toujours de même, et, bien que dans ces deux faits le raclage des gros troncs nerveux ait réussi, l'auteur ne veut pas dire qu'il réussisse toujours.

La troisième observation est la plus importante. Elle a pour titre : *Collection purulente lombaire; raclage de la cavité, évidement de la partie latérale de la troisième vertèbre lombaire; guérison.*

C'est un artilleur qui, en faisant un exercice de force, a éprouvé une violente douleur dans la région lombaire. Envoyé en convalescence au bout de quelques jours, il est pris d'accidents typhoïdiques. Au vingtième jour, on s'aperçoit d'une méprise, et on constate dans la région lombaire droite un gonflement œdémateux. Un chirurgien des hôpitaux de Paris, appelé par le médecin de la famille, pratique une ponction qui fait sortir près d'un litre de pus. Les accidents infectieux continuent; on fait alors une petite incision et le lavage de la poche. Pendant quelques jours, la situation du blessé s'est améliorée, mais l'orifice fistuleux laissé par l'incision est trop étroit, et bientôt se produisent

quelques accidents de rétention. A l'expiration de son congé, C... entre à l'hôpital Saint-Martin.

Quelques jours après son entrée, M. Delorme sonde la plaie qui répondait au bord externe de la masse sacro-lombaire : la sonde cannelée pénètre dans la profondeur, dans l'étendue de 12 centimètres, et se dirige vers la colonne vertébrale. Se basant alors sur les accidents graves de rétention, M. Delorme propose au blessé une nouvelle intervention. Le 5 septembre 1885, le chirurgien pratique dans la région lombaire droite, de la dernière côte au rebord de l'os iliaque, au bistouri, une longue incision verticale répondant au bord externe de la masse sacro-lombaire. Après avoir sectionné les tissus couche par couche, se guidant sur la sonde cannelée maintenue dans la fistule, il arrive à une cavité répondant à la face profonde de la masse sacro-lombaire d'une part, au psoas de l'autre, se prolongeant en bas dans l'étendue de quelques centimètres vers la fosse iliaque interne. La curette conduite sur le doigt nettoie la paroi fongueuse de cette cavité, et quand on arrive sur le tissu fibreux qui en forme la couche externe, on trouve vers le tiers supérieur de la plaie une solution de continuité du volume d'un pois. Après débridement, M. Delorme tombe sur une cavité de la grosseur de l'extrémité de l'index creusée aux dépens du corps de la troisième vertèbre lombaire. Cette cavité est raclée, gougée avec soin, le champ opératoire traité par des solutions antiseptiques fortes, drainé et la plaie suturée. Malgré une atteinte de lymphangite survenue le huitième jour, la plaie marche rapidement vers la guérison, et en vingt-cinq jours elle était complètement obturée. Dès le douzième, on put retirer le tube à drainage.

Ce blessé, tout à fait guéri, fut réformé. Deux mois après sa sortie de l'hôpital, la guérison s'était parfaitement maintenue.

Tel est le fait que nous rapporte M. Delorme tout simplement, sans réflexion aucune.

A l'heure actuelle, cependant, il est permis d'entrevoir le moment où, dans certaines conditions à déterminer encore, il sera possible d'intervenir directement sur le foyer vertébral; mais de là à ériger en règle générale, comme Treves [*On the direct treatment of spinal caries by operation* (*Medical Times*, janvier 1884, p. 59)], cette dernière pratique, il y a bien loin. Quelques observations récentes ont fait assez de bruit dernièrement. Elles se trouvent tout au long dans le travail de M. Reclus (*Clinique et critique chirurgicale*). Je ne me permettrai que de vous donner ici un extrait.

Israël James (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1882, p. 146). Chez un homme de 34 ans, atteint de scoliose depuis l'âge de 7 ans. Les mouvements des membres inférieurs étaient très affaiblis et les phénomènes réflexes avaient absolument disparu ; mais la sensibilité était intacte. Israël admet alors une compression de la moelle par la carie vertébrale.

Il ouvre l'abcès dorsal, résèque la partie moyenne de la 12e côte, reconnaît que la partie articulaire du 12e corps vertébral est caséeuse, et remplie de pus et de détritus osseux. Il racle toute cette excavation et arrive ainsi jusqu'au canal rachidien qu'il ouvre; du pus s'écoule. Il agrandit le passage et enlève la moitié du corps de la 12e dorsale et le disque intermédiaire à la 12e dorsale et à la 1re lombaire. La moelle était refoulée du côté opposé et la dure-mère présentait des taches rouges. La fièvre cessa, mais la paraplégie ne fut nullement modifiée. La plaie, guérie cependant, était presque entièrement cicatrisée, lorsqu'au 37e jour, le malade succomba à la suite d'une pleurésie purulente.

M. Eugène Bœckel, après avoir réséqué une côte (*Gazette hebdomadaire*, n° 11, 1882) sur une femme de 43 ans, pratique l'évidement des corps de la 2e et de la 3e dorsale, et guérit sa malade.

M. Verneuil, tout récemment, vient, en se guidant sur les trajets fistuleux, d'extraire des séquestres de la région dorsale; ces séquestres provenaient des lames de deux des vertèbres voisines. Cette opération, bien différente des précédentes, avait été précédée d'injections d'éther iodoformé pour désinfecter le foyer profond, et M. Verneuil recommande, si le hasard voulait qu'on dût recourir à une semblable opération, d'agir de la sorte avant toute action chirurgicale.

Cette règle de la désinfection et de la stérilisation bacillaire préalable du foyer doit s'étendre à des cas analogues à ceux de M. Delorme, de Bœckel, et pourra donner une sécurité plus grande.

Si les circonstances forçaient à suivre une semblable conduite, on pourrait alors arriver sur le foyer vertébral, soit directement dans les régions abordables du cou et des lombes, ou les parties superficielles de la région dorsale, soit après résection préalable d'une côte, comme l'ont fait Bœckel et Israël pour la région dorsale. L'avenir seul pourra dire les circonstances spéciales dans lesquelles il sera permis d'agir de la sorte.

Rapport.

Deux tailles sus-pubiennes chez un garçon de 4 ans et demi,
par le Dr Defontaine (du Creusot).

Rapport par M. Terrier.

B..., 4 ans et demi, adressé à notre confrère par le Dr Poirré, pour qu'on explore sa vessie. En effet, depuis presque sa naissance, cet enfant

souffrait de vives douleurs, surtout lors de la miction. On ne signala pas d'hématuries. L'examen de la vessie fut pratiqué pendant l'anesthésie et l'existence d'un calcul fut démontrée.

Le 4 août 1885, M. Defontaine pratique la taille sus-pubienne. Le ballon de Peterseen, introduit dans le rectum, est distendu par 200 grammes d'eau. Or, il remonte dans l'intestin et, au lieu de faire saillir la vessie, préalablement distendue par une injection d'acide borique en solution diluée, c'est le ballon qui, lui-même, distend à droite, et au niveau de l'ombilic, la paroi abdominale.

Le chirurgien dut dégonfler le ballon, l'abaisser et injecter de nouveau 200 grammes du liquide, mais le faire maintenir par un aide pour empêcher son ascension dans l'intestin et, par suite, son déplacement d'action. La vessie faisant saillie, on fit l'incision médiane, un peu difficile, vu la graisse sus-pubienne; puis, la vessie dénudée en bas de la plaie, c'est-à-dire au-dessus du pubis, M. Defontaine refoula en haut et avec deux sondes cannelées ce qu'il pensa être le cul-de-sac péritonéal. Maintenant le péritoine avec l'index gauche, il ponctionna la vessie et agrandit l'incision avec le bistouri boutonné.

Avec l'index gauche, introduit dans la vessie, on sentit le calcul à gauche du ballon rectal, et il fut ramené vers l'incision vésicale. Des pinces à pression, substituées au doigt, purent saisir le calcul et permirent de le retirer.

La rétraction de la vessie, qu'on fut même obligé de saisir avec une pince à pression en haut de la section pour ne pas la perdre, dissuada l'auteur de toute tentative de suture.

Après avoir essayé des deux drains à demeure, M. Defontaine fut obligé de les abandonner, pour placer un petit tube pénétrant profondément dans la vessie; de même, au pansement de Lister, il dut substituer du coton hydrophile, enduit de vaseline au sublimé. Tous les jours, injections vésicales avec la solution boriquée.

Le 12e jour, on essaye de laisser en place une sonde à demeure; mais l'enfant ne la supporte pas.

Le 20e jour, la plaie est presque fermée; elle est tout à fait guérie le 25e jour.

Deux mois après, l'enfant, qui semblait parfaitement délivré de ses maux, reçommençait à souffrir ; aussitôt prévenu, M. Defontaine pensa à l'existence d'un calcul qu'il n'aurait pas reconnu dans sa première opération, et une nouvelle exploration avec la sonde le confirma dans cette opinion.

Une seconde opération étant nécessaire, elle fut faite le 7 janvier 1886, soit cinq mois et deux jours après la première. Après injection vésicale et introduction du ballon, on incisa sur le tissu de cicatrice qui avait 2 centimètres d'épaisseur. On ouvrit la vessie et on agrandit cette ouverture en haut et en bas, de façon à ce qu'elle ait 2 centimètres et demi de long. Il n'y eut que fort peu de sang. M. Defontaine put alors retirer un calcul piriforme, long de 4 centimètres, et dont le plus grand diamètre avait 1 centimètre et demi. Ce calcul semblait devoir s'engager dans la portion prostatique de l'urèthre qu'il

avait dilatée. Pansement avec la gaze imbibée de sublimé ; ni drain, ni sonde. Pas de réaction fébrile.

Au 15e jour, mictions par la verge, et au 20e jour guérison complète, qui ne s'est pas démentie depuis lors.

L'auteur fait suivre cette très intéressante observation de quelques réflexions bonnes à noter. Tout d'abord, avec MM. Tillaux et Monod (Charles), (*Société de chirurgie*, 24 décembre 1884), il fait remarquer la difficulté plus grande de la taille hypogastrique chez l'enfant, difficulté due au peu d'étendue du champ opératoire ; au déplacement possible du ballon rectal en haut et latéralement, si bien qu'on a pu inciser le rectum au lieu de la vessie (De Saint-Germain) ; à la rétraction de la vessie dès qu'elle est ouverte, rétraction qui dans la première opération a notablement gêné M. Defontaine, et l'a empêché de faire un examen complet du viscère, bien qu'il se soit efforcé de la maintenir à l'aide de pinces à pression. Cette rétractilité contre-indique, d'après l'auteur, la suture vésicale, cette suture étant profonde et difficile, ce qui ne nous paraît pas une raison suffisante pour la proscrire absolument.

Les tubes en siphon et les drains paraissent inutiles à M. Defontaine qui partage ici les idées de Thompson ; à la condition cependant qu'on ne fasse pas de suture destinée à rétrécir la plaie abdominale.

L'auteur insiste encore sur la simplification du pansement antiseptique chez les enfants ; vaseline au sublimé et ouate hydrophile ; auquel je préférerais la vaseline boriquée et l'ouate ou le lint boriqué, pansement que nous avons utilisé avec succès chez un enfant opéré d'exstrophie vésicale.

En fait, chez les enfants, la plaie se ferme assez vite seule et, dès qu'elle est fermée, le malade urine spontanément.

Enfin, quand on est obligé de refaire la taille hypogastrique, le tissu cicatriciel guide le chirurgien jusqu'à la vessie si bien qu'on pourrait se passer de ballon et peut-être d'injection vésicale. De plus, la présence de ce tissu cicatriciel, forme une sorte de rempart contre l'infiltration d'urine et les fusées purulentes, voire même contre la péritonite, à la condition qu'on n'en dépasse pas les limites. M. Defontaine en conclut que la taille faite pour la deuxième fois ne présente ni difficultés, ni accidents.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille facilement accepter une nouvelle intervention ; quelle que simple qu'elle puisse être, on doit tout faire pour l'éviter, par conséquent explorer avec grand soin la vessie pour n'y pas laisser de calcul ou de corps étranger.

Telle est, messieurs, l'observation intéressante de notre confrère ;

je vous propose de lui adresser des remerciements et de déposer son travail dans nos *Archives*.

Discussion.

M. M. Sée. Je m'associe aux observations judicieuses émises par M. Terrier. Le ballon rectal a, en effet, une grande tendance à remonter et, pour éviter les accidents signalés, il faut le retenir en bas autrement que par le tube élastique qui le termine. Une autre précaution à prendre, c'est de faire saillir contre la paroi antérieure de la vessie le bec de la sonde en abaissant fortement le pavillon et de passer un fil à travers cette paroi, au moyen d'une aiguille dont la pointe est guidée par l'extrémité de la sonde. Cette anse de fil sert à retenir la paroi vésicale et à l'empêcher de descendre. Je me réserve d'ailleurs de revenir sur ce sujet pour indiquer quelles sont les autres précautions nécessaires.

M. Th. Anger. Au congrès de Londres, j'ai eu, il y a quelques années, l'occasion de présenter une petite sonde pourvue d'une cannelure et dont l'extrémité se développe dans l'intérieur de la vessie. Cette sonde permet de reconnaître la vessie à travers la paroi abdominale, en repoussant en haut le sommet de celle-ci. Elle m'a servi pour pratiquer la taille hypogastrique avec le thermocautère.

M. Terrier. Le fil destiné à retenir la paroi vésicale me paraît d'un bon emploi ; il a d'ailleurs été déjà utilisé. Quant au procédé de M. Th. Anger pour pratiquer la taille avec le thermocautère, il est tout différent de celui de Peterseen et ne permet pas d'éviter le cul-de-sac péritonéal lorsque celui-ci descend un peu bas.

Les conclusions du rapport (remerciements adressés à l'auteur et dépôt de ses observations aux archives) sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. le Dr Ovion (de Boulogne-sur-Mer) lit une observation intitulée : *Volvulus de l'intestin grêle ; péritonite généralisée ; laparotomie ; mort.* (Commission : MM. Bouilly, Humbert, Berger, rapporteur.)

Communication.

De la névralgie du testicule et de ses rapports avec l'hystérie chez l'homme,

Par le Dr Terrillon.

La névralgie du testicule est une affection peu fréquente, mais rebelle et difficile à guérir. Aussi doit-on rechercher avec soin quelles sont les causes qui la produisent ou l'entretiennent, afin de pouvoir lui opposer une thérapeutique rationnelle.

Comme toutes les névralgies, elle peut survenir dans deux circonstances différentes.

Tantôt elle succède à une atrophie de l'organe, à un choc qui a produit une orchite traumatique, à une hydrocèle ou à une rétention de l'organe au niveau des anneaux.

Tantôt elle survient sans cause déterminée; elle est dite alors *essentielle.* (Testicule irritable de Cowper.)

Mais, quelle que soit la cause réelle ou supposée, on peut se demander pourquoi la névralgie apparaît chez certains individus, alors qu'elle en épargne d'autres dont les organes sont dans les mêmes conditions apparentes que les premiers?

Enfin, pourquoi apparaît-elle sans cause locale déterminante ou apparente?

On a essayé, il est vrai, de répondre à ces questions en faisant intervenir le tempérament nerveux chez certains sujets; mais sans autres preuves ni constatations spéciales.

Je pense, et j'essayerai d'en donner des preuves à l'appui, que les travaux récents sur l'hystérie, observée chez l'homme, éclairent cette partie de la pathologie.

La névralgie testiculaire essentielle ou symptomatique semble irritable plus volontiers chez certains individus présentant tous les attributs de la maladie générale connue sous le nom d'hystérie. Ce sont des hystériques mâles si bien étudiés par M. Charcot et son école depuis quelques années. Cette névralgie serait donc ici analogue à celle de l'ovaire, qui survient chez les femmes hystériques.

Cette idée est d'autant plus rationnelle que, chez certains malades, la névralgie testiculaire devient le point de départ de crises et d'attaques semblables à celles de la grande hystérie.

Chez d'autres, au contraire, il n'y a pas d'attaques convulsives générales, mais, quand on examine avec soin les malades, on trouve chez eux les signes les plus ordinaires de l'hystérie latente:

Hémi-anesthésie cutanée plus ou moins complète; diminution

du champ visuel; anesthésie pharyngienne; diminution du goût, de l'odorat; points névralgiques localisés, clous hystériques, etc.

J'ai observé quatre malades dont l'histoire vous démontrera, je l'espère, les propositions que j'avance. Deux de ces malades ont été étudiés dans le service de M. le professeur Charcot; les observations ont été rédigées par M. Berbès, interne du service.

Un d'eux a été vu par M. Charcot et par moi; le quatrième est un malade de province que j'ai examiné seul.

Observation I. — Le nommé B..., âgé de 29 ans, est entré le 1er mars 1886 à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot.

Il est étranger, né en Galicie.

Comme antécédents, il a eu des accidents scrofuleux variés; il a mené une existence assez dure, se livrant à des travaux souvent au-dessus de ses forces. Il est employé chez un facteur de piano.

Vers le 8 juin 1884, il montait un piano à un étage élevé quand, au milieu d'un effort violent, il sentit une douleur vague dans le flanc droit. Rentré chez lui, obligé qu'il était de quitter son travail, il se livra à des excès vénériens répétés qui lui rendirent tout travail impossible le lendemain. Il était comme « paraplégique » et resta dans cet état pendant cinq ou six jours.

Au bout de ce laps de temps, la douleur se localisa dans le testicule droit.

Presque en même temps que la glande remontait vers l'anneau inguinal, il survenait une céphalalgie très pénible avec éblouissements, vertiges, sans augmentation des vomissements auxquels le malade était très sujet.

Sur le conseil d'un médecin qui crut à une céphalée syphilitique, B... prit une forte dose d'iodure de potassium, médicament qui lui procura une abondante éruption au visage et un coryza intense.

Devant la persistance des accidents dont il souffrait, le malade entra à l'hôpital Rothschild; une fois là, il eût, paraît-il, sa première attaque de nerfs.

Cette crise convulsive eut lieu après une nuit où il souffrit plus que d'ordinaire. Les attaques se renouvelèrent, revinrent deux fois par jour, toujours avec le même caractère.

Ces attaques se passaient de la façon suivante:

Brusquement, sans que rien le prévînt, le malade était pris d'une douleur vive dans le flanc droit. Cette douleur remontant le long du cordon gagnait les reins où elle causait une sensation très pénible de froissement profond. Quand la douleur arrivait là, le malade perdait connaissance et s'agitait beaucoup, battant l'air de ses bras, la gorge serrée et les lèvres violettes.

Ensuite les mouvements devenaient tellement violents que l'on était obligé de lui mettre des entraves et de le maintenir sur son lit avec des courroies.

Au sortir des attaques, on pouvait constater que le malade n'était

pas hébété le moins du monde ; qu'il ne s'était pas mordu la langue; qu'il n'avait pas uriné sous lui. La crise ne dura jamais plus d'un quart d'heure à vingt minutes.

Une seule fois, l'attaque dura près d'une heure et fut d'une intensité inouïe. Le malade brisa tout ce qu'il y avait autour de lui.

Le 5 novembre 1885, B... est sorti de l'hôpital Rothschild et a essayé de se soigner chez lui. Les attaques ont été aussi nombreuses qu'à l'hôpital ; elles étaient aussi fortes et aucun médicament n'avait pu en diminuer la violence. Pendant tout le temps qui s'est écoulé du 5 novembre au moment où il est entré dans nos salles, B... a eu des alternatives de mieux et de plus mal.

Aujourd'hui, il nous apparaît dans l'état suivant :

C'est un homme d'une taille moyenne qui a comme aspect extérieur l'habitus des Juifs polonais. Son attitude au lit est déjà caractéristique; il se tient les deux cuisses écartées pour ne pas froisser son testicule. La démarche n'est pas moins caractéristique : le malade s'avance en patinant, les jambes fort écartées et semble souffrir en marchant. La douleur qu'il éprouve est térébrante, profonde, plus forte dans le testicule droit que dans le testicule gauche. Cette douleur ne siège pas dans la peau que l'on peut froisser entre les doigts sans éveiller de souffrance.

C'est dans la glande elle-même que la douleur est localisée. La moindre pression provoque une sensation angoissante sans boule remontant à la gorge. On amène de la sorte non pas une aura véritable, mais une sensation de malaise très pénible. Cependant une attaque, une fois, a été causée par la compression de la glande.

La douleur ne cesse jamais complètement et dure même pendant la nuit. Cependant le coït est possible.

Sous l'influence de la plus légère excitation, le crémaster se contracte et fait remonter le testicule vers l'anneau.

Cette ascension de la glande est toujours accompagnée d'une vive douleur plus accentuée du côté droit.

La sensibilité douloureuse n'est pas exclusivement localisée au testicule ; on la retrouve tout le long du cordon dans la région vésicale antérieure et aussi dans les reins à peu près au milieu de la région lombaire.

Il s'agit donc en somme d'un éréthisme douloureux dans toute la sphère génito-urinaire du côté droit.

Quand l'éréthisme douloureux atteint son summum, le malade se tient courbé en deux, souffrant de douleurs vives de lombago, d'élancements fort pénibles dans le testicule qui, dit-il, semble serré entre les doigts. L'attaque convulsive dans ces cas-là survient presque fatalement.

Quelquefois, il survient des pertes séminales, quand le malade va à la selle. Ces pertes séminales n'amènent alors aucune sensation douloureuse.

Une fois, nous avons été témoin d'une crise. Brusquement douleur vive dans l'aine, éblouissements, battements dans les tempes,

rétraction du testicule, coliques, étouffements, convulsions toniques de courte durée, puis grands mouvements généralisés pendant sept ou huit minutes. Il paraît que le professeur Bamberger a fait à Vienne une leçon sur ce malade et qu'il a, dans un journal médical, décrit avec soin la crise telle que nous l'observons aujourd'hui. La crise est courte, le malade revient à lui, ne sait plus ce qui s'est passé.

L'examen de la sensibilité est des plus intéressants : Le champ visuel est très rétréci ; l'oreille est un peu affaiblie des deux côtés ; clou hystérique.

Légère diminution de la sensibilité gustative à gauche. La différence est peu sensible. Anesthésie conjonctivale et pharyngienne. Contracturabilité par la bande d'Esmark. Aucun point hystérogène autre que le testicule.

L'état général est assez bon malgré les vomissements qui n'affectent pas trop le malade comme le font d'ordinaire les vomissements hystériques.

Depuis l'entrée à l'hôpital, B... a gardé le lit ou n'a marché que dans la cour. Le 23 mars, la douleur du testicule a cessé tout d'un coup et le malade a pu se lever et marcher comme tout le monde pendant une demi-journée.

Arrivé chez lui, il a été repris de la douleur en montant l'escalier de sa maison. Ce jour-là, il a eu chez lui une crise plus violente que d'ordinaire.

Rentré à l'hôpital, le malade s'est disputé avec un voisin ; il a demandé une permission de sortie et n'est plus revenu (mai 1886).

Obs. II. — Le nommé Leblond, âgé de 26 ans, entre le 6 mars 1886.

Antécédents. — Né de père alcoolique ; sa mère est nerveuse.

Il fut réformé à l'âge de 21 ans comme monorchide. A 22 ans, il faisait un effort violent lorsqu'il ressentit tout à coup une douleur vive dans la région des reins. Cette douleur se calma peu après et lui permit de travailler les jours suivants.

Mais, quinze jours après, en criant dans la rue (il est marchand des quatre saisons), il ressentit une violente douleur dans l'abdomen et la poitrine. En même temps, il éprouvait autour de la ceinture une sensation de resserrement très pénible.

Le malade éprouva en même temps une douleur dans l'aine et s'aperçut qu'il avait, au-dessus de l'arcade fémorale gauche, une grosseur qui descendit petit à petit dans le scrotum en s'accompagnant de douleurs.

C'était le testicule qui était descendu.

Les douleurs ayant disparu, il fut possible de reprendre le travail. Pendant trois ans, la santé fut assez bonne, mais, un jour qu'il criait dans la rue comme d'habitude, le malade ressentit de nouveau dans l'abdomen une douleur très vive pendant que « sa partie remontait ». Tous les trois ou quatre mois, puis plus souvent, toujours à l'occasion des cris, les mêmes douleurs revinrent avec la même intensité.

A ces douleurs, se sont ajoutées des crises convulsives avec perte de connaissance, il y a environ un an et demi.

Dans la rue, à l'occasion d'un effort violent, la première crise qu'ait eue le malade s'est produite de la façon suivante :

Il ressentit tout d'un coup une douleur vive dans l'aine droite, remarqua que son testicule remontait vers l'anneau, et éprouvait en même temps des envies de vomir et quelques vertiges.

Après un vomissement bilieux, le malade perdit connaissance, se débattit pendant environ un quart d'heure et demeura pendant quelques minutes dans un état de collapsus complet.

Revenu à lui, il remarqua que sa bouche saignait après s'être plusieurs fois mordu la langue, ainsi que l'attestaient de nombreuses entailles du bord externe de cet organe.

Leblond put cependant rentrer dans son logement et souffrit jusqu'au lendemain dans le scrotum et dans l'abdomen.

Pendant la nuit, il eut encore des vomissements bilieux et des douleurs dans le ventre ; il resta au lit tout le jour et put se lever le lendemain pour reprendre son travail aux Halles.

Après cette première attaque, qui s'était accompagnée d'étouffements et d'éblouissements avec battements dans les tempes, le malade eut des accès qui revinrent à peu près toutes les trois semaines, toujours à propos des cris auxquels son métier l'obligeait.

Ces accès ne sont jamais revenus à l'occasion d'émotions ou de colères.

Il y a quelques mois, Leblond tomba sur un grillage et se contusionna le crâne. A l'occasion de cette chûte, il eut une *diminution considérable de l'acuité visuelle d'un œil.* Les objets lui semblaient prendre des contours vagues, il ne voyait bien que la partie qu'il fixait avec attention.

Il y a un mois environ, le malade commença à souffrir de la tête. Il lui semblait qu'il avait sur le vertex un poids qui appuyait sur les os. Quand il portait la main sur le point sensible, il ressentait une douleur aiguë comme s'il avait été frappé sur ce point. De cet endroit, la douleur s'irradiait à tout le crâne ; les maux de tête étaient supportables pendant le sommeil ou pendant le repos ; mais dès que le malade faisait un effort, il éprouvait une sensation vertigineuse très manifeste, il était comme ivre, voyait les arbres des boulevards tourner autour de lui et le sol onduler sous ses pas.

A ce moment survenaient des nausées très pénibles dont le malade n'avait qu'une notion vague.

Une fois, étant dans cet état, il tomba d'une voiture qu'il conduisait et eut a peine conscience de cette chute.

Ces attaques frustes avaient encore des degrés plus faibles : à différentes reprises L... eut des étourdissements, des vertiges, dont le point de départ était toujours une douleur inguinale plus ou moins forte.

Devant ces symptômes alarmants, Leblond vint consulter M. Charcot. C'est un homme de haute taille, mais il a l'air abruti ; il a dans l'atti-

tude générale un aspect craintif ; il cligne des yeux et semble peu intelligent.

Les bourses ont l'aspect normal ; le testicule droit paraît assez développé, mais on voit bientôt qu'il s'agit d'un testicule atrophié et entouré d'une tunique vaginale distendue par un liquide. Le testicule gauche est petit et gros comme une fève.

Quand on presse le testicule droit, on provoque très vite des étouffements, de l'angoisse de battements des tempes, du bruit dans les oreilles et des nausées.

Quand j'examine le malade, je constate un épanchement considérable dans la tunique vaginale du côté droit, et pense qu'une ponction suivie d'injection iodée supprimera la cause *d'irritation locale.*

L'examen plus approfondi du malade révèle un *affaiblissement marqué de la sensibilité* du côté droit.

La *piqûre,* le *froid*, sont moins sentis qu'à gauche. Le sens musculaire, le sens articulaire, sont conservés.

Le *champ visuel est très rétréci* à droite. Mais il n'y a pas d'achromatopsie.

Les sens sont moins faciles à impressionner du côté droit. Il y a *une légère diminution* de l'acuité auditive à droite.

La moitié droite de la langue est moins sensible que la moitié gauche. Il y a un peu d'anesthésie pharyngée.

Je ponctionnai la tunique vaginale trois semaines après l'entrée du malade dans les salles, et les phénomènes nerveux disparurent.

Il quitta le service sans avoir éprouvé de nouveau des symptômes convulsifs.

La sensibilité semblait revenue dans le côté droit.

Le champ visuel n'a pas été examiné de nouveau.

Obs. III. — M. X..., âgé de 28 ans, marié, père de deux enfants, vient me consulter le 10 juillet 1886.

Il est grand, mince, blond, né d'une mère nerveuse. Il marche difficilement, les jambes écartées.

M. X... habite la province et me raconte ainsi l'histoire de sa maladie.

Il était jeune, nerveux, impressionnable, et était surtout sujet à des colères violentes et durables, qui le mettaient dans un état tel qu'il tombait à terre presque sans connaissance.

Il y a trois ans, à la chasse, il veut franchir une clôture, et pour cela fait un violent effort. A ce moment il éprouve une douleur violente dans le testicule droit, qui lui semble remonté dans le ventre.

Jusqu'à cette époque il n'avait eu aucune douleur dans ces organes, ni aucune affection vénérienne.

La douleur s'irradie dans le ventre, dans les reins; il est pris de vomissements et reste sans connaissance pendant quelques instants.

En rentrant chez lui avec grand'peine, il souffre toujours dans le testicule droit.

Il n'y eut, à la suite, aucune inflammation manifeste des parties, mais

il y eut une persistance d'un état douloureux du testicule qui rend au malade la vie insupportable.

Un attouchement un peu violent du testicule produit immédiatement une douleur vive qui est augmentée par la contraction brusque du crémaster, lequel porte le testicule en haut contre l'anneau inguinal. Ces crises s'irradient dans le côté, dans les reins, et provoquent souvent une chute presque immédiate, avec perte de connaissance et contraction violente des bras et des jambes, accompagnées de cris.

Quand je l'examine, je constate que le testicule, très sensible à la pression, semble normal, sauf qu'il est plus tendu. Aussitôt qu'on le presse, il remonte violemment.

Le scrotum n'est pas sensible.

L'attitude du malade est telle qu'il tient les jambes écartées et marche en se traînant et en pliant les genoux.

J'examine avec soin l'état de la sensibilité, et je trouve les désordres suivants :

Sensibilité cutanée amoindrie à droite et surtout presque abolie sur le bras;

Diminution du champ visuel très sensible ;

Anesthésie complète du pharynx;

Goût et odorat très diminués.

Je passe sur d'autres détails, car je fus convaincu qu'il s'agissait dans ce cas d'un hystérique mâle, chez lequel la névralgie testiculaire était le point de départ des crises.

Il avait déjà suivi de nombreux traitements qui n'avaient fait que le soulager : pommades, sangsues, bromure de potassium.

Je lui ordonnai l'emploi méthodique des douches, des purgatifs répétés, le repos et un suspensoir spécial.

Depuis, j'ai eu de ses nouvelles; il va mieux, mais n'est pas encore guéri.

Obs. IV. — Un jeune enfant de l'institution Sainte-Barbe, âgé de 12 ans, vient se plaindre à moi d'éprouver des douleurs violentes dans un testicule.

Les deux organes sont à leur place, et de volume normal. Mais le droit est d'une sensibilité telle qu'on ne peut le toucher qu'avec beaucoup de précaution.

Le crémaster est peu excitable et se contracte peu.

Au moindre froissement, l'enfant éprouve des douleurs le long du cordon et dans les reins. Il a en même temps des envies d'uriner qui m'ont fait craindre la présence d'une pierre dans la vessie.

Il a des crises douloureuses violentes avec cris, pleurs, vomissements, mais sans perte de connaissance.

Enfin, les douleurs sont tellement prolongées ou imminentes que l'enfant ne peut ni jouer, ni travailler, et que son état général s'en ressent déjà profondément.

La mère de cet enfant est nerveuse et a eu tous les attributs d'une hystérique, sans grandes crises. Sa sœur, âgée de 16 ans, a eu des

crises hystériques très nettes, et est considérée comme atteinte d'une maladie de nerfs, par son médecin ordinaire.

J'examine cet enfant au mois d'avril avec M. le professeur Charcot. On trouve chez lui un peu d'hémianesthésie à droite. Le pharynx est peu sensible, l'odorat fortement diminué. Le champ visuel est intact.

Cependant, en présence de ses antécédents de famille et des phénomènes qu'il présente déjà, on peut affirmer que c'est un hystérique mâle de l'avenir, et que vers l'âge de 20 ans on pourra constater chez lui des phénomènes caractéristiques soit latents, soit devenus faciles à reconnaître à la suite de quelque crise ou de quelque traumatisme.

En résumé, je conclus, après l'étude de ces faits, que la névralgie du testicule, quelle qu'en soit la cause locale, se développe souvent chez des individus qui présentent les attributs de l'hystérie.

Ces caractères de l'hystérie sont souvent latents et doivent être recherchés avec soin ; mais quelquefois ils sont très évidents et peuvent être caractérisés par des troubles généraux et des attaques de la grande hystérie.

Peut-être pourra-t-on généraliser ces faits, mais ce n'est qu'avec de nombreuses observations ; aussi j'ai cru devoir appeler l'attention sur ce sujet, d'après l'avis de M. Charcot, afin que les membres de la Société de Chirurgie en publient de semblables s'ils en trouvent.

Cette question a une grande importance, car la connaissance de cette cause générale aura une influence sur la thérapeutique de cette affection si rebelle.

Discussion.

M. Bouilly. Tous les faits de névralgie testiculaire ne doivent pas être rattachés à l'hystérie. J'en puis citer deux exemples, dans lesquels je ne crois pas que l'hystérie ait joué un rôle.

Le premier est relatif à un homme d'une cinquantaine d'années, bien conservé, vigoureux, qui, à intervalles irréguliers, éprouvait des douleurs névralgiques dans le testicule. Il avait surtout un point d'hyperesthésie spéciale sur le trajet du cordon. Il y avait chez lui des antécédents de lithiase rénale, et les accès de névralgie coïncidaient habituellement avec la formation en excès de l'acide urique. Je me contentai de le soumettre à l'usage des alcalins et au port d'un suspensoir. Il en a éprouvé une notable amélioration.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un officier, de 38 à 40 ans, bien portant, sec, qui m'était adressé de province comme ayant probablement une tumeur testiculaire. Je lui trouvai seulement un léger degré de varicocèle avec un point douloureux névralgique de l'un des testicules. Les douleurs étaient provoquées par l'exercice

à cheval. L'usage d'un suspensoir suffit pour améliorer beaucoup son état, ainsi que je l'ai su depuis. Cet officier était un homme fort raisonnable et nullement nerveux.

M. Trélat. La communication de M. Terrillon, que j'ai écoutée avec grande attention, devrait, selon moi, porter un titre un peu différent de celui qu'il lui a donné. Nous voyons, en effet, que son malade a eu sa première attaque douloureuse à la suite d'un traumatisme, et que cette attaque a été suivie de plusieurs autres. Ces attaques, d'ailleurs, ne doivent pas être considérées comme de vraies névralgies ; ce sont des manifestations douloureuses locales chez un hystérique, et je voudrais que M. Terrillon intitulât sa communication: *De certaines manifestations névralgiques de l'hystérie chez l'homme.*

J'ai, pour ma part, connu deux malades qui, n'ayant qu'un très léger varicocèle, éprouvaient dans le testicule des douleurs spéciales que le moindre froissement réveillait. Ces douleurs étaient extrêmement pénibles et obligeaient ces malades à se reposer souvent pendant plusieurs heures. C'est pour ces cas que les chirurgiens anglais, entre autres Curling, conseillent l'emploi d'un bandage herniaire dont la pelote appuie sur le cordon du côté malade. C'est un moyen empirique qui soulage habituellement les malades.

M. Lucas-Championnière. Les leçons sur l'hystérie publiées en 1864 par Beau, dont j'ai été l'élève, ont depuis longtemps attiré mon attention sur ce sujet. Je ne répugne pas à admettre l'analogie évidente entre le testicule et l'ovaire ; mais, au point de vue de l'hystérie, je ferai remarquer que l'ovaire joue chez la femme un rôle prépondérant que le testicule ne joue pas chez l'homme. J'ai vu un homme ayant des attaques d'hystérie ; il était atteint d'hémorrhoïdes, et le simple toucher rectal provoquait chez lui des attaques. Cependant le testicule n'était ni douloureux, ni sensible.

M. Terrillon. Je n'ai pas dit que tout individu ayant une névralgie du testicule fût un hystérique, et je puis, d'ailleurs, objecter à M. Bouilly qu'il n'a peut-être pas recherché chez ses deux malades les signes latents de l'hystérie. Le nombre des hystériques hommes est, en effet, plus considérable qu'on ne le croit, et si l'on ne retrouve pas chez tous les phénomènes douloureux du côté du testicule, ils existent cependant chez un certain nombre.

Chez ces malades, le point important dans le traitement, c'est de s'attaquer surtout à l'état général et de chercher à le modifier.

M. Trélat. Les faits rapportés par M. Terrillon sont très intéressants ; mais ce qu'il a décrit, ce n'est pas une névralgie chez

des hystériques ; ses malades sont, je le répète, des hystériques qui ont une manifestation localisée au testicule.

Présentation de malade.

Exostoses volumineuses de l'extrémité supérieure de l'humérus. — Ablation. — Guérison avec conservation intégrale des mouvements.

Par le Dr TERRILLON.

Le malade que je présente aujourd'hui était porteur d'une double exostose volumineuse occupant exactement la place des deux tubérosités de l'humérus gauche.

Cet homme, âgé de 34 ans, avait reconnu la présence de ces tumeurs deux ans et demi auparavant ; elles étaient alors petites et ne le gênaient aucunement.

Elles ont, depuis cette époque, beaucoup augmenté et ont atteint le volume d'une mandarine. Leur position gêne les mouvements d'adduction et aussi ceux de rotation. Les mouvements d'élévation sont aussi limités.

Mais la gêne la plus considérable vient de la compression des nerfs du plexus brachial ; des douleurs violentes, s'irradiant dans tout le bras et la main, empêchent le malade de travailler.

J'eus d'abord quelque hésitation avant de pratiquer l'ablation de ces exostoses. Je craignais, en détachant les attaches musculaires au niveau des tubérosités, de laisser une infirmité, une impotence du membre. Enfin je n'étais pas certain de la communication avec l'articulation.

Cependant, le 25 octobre, je pratiquai l'opération. Après avoir fait une longue incision, écarté les muscles et le paquet vasculo-nerveux, je détachai avec soin les muscles qui s'inséraient sur les exostoses et se réfléchissaient sur elles. Je pus ainsi atteindre successivement les deux bases, qui furent coupées avec le ciseau et le maillet.

Il en résulta deux plaies osseuses, dans le tissu spongieux, ayant chacune une étendue égale à une pièce de 5 francs.

Réunion de la plaie, gros tube à drainage, pansement avec l'iodoforme, compression légère et immobilisation du bras contre le tronc pour compléter l'opération.

La guérison eut lieu en neuf jours. Il y eut, le premier jour, un suintement sanguinolent abondant venu des surfaces osseuses coupées.

Je présente ce malade surtout à cause de ce fait intéressant que, après le dernier pansement, il a pu reprendre les mouvements du bras sans gêne aucune, les attaches musculaires s'étant greffées sur leur ancienne implantation et ayant repris immédiatement leur fonction.

Les exostoses étaient en voie de croissance, car leur surface était recouverte, au-dessous du périoste, par une couche mince de cartilage en voie de transformation.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. J'ai enlevé, il y a deux ans, une tumeur osseuse de la coulisse bicipitale. L'opération a été très simple; le malade a quitté l'hôpital au bout de huit jours.

Plus récemment, j'ai eu à enlever une exostose de la tête du radius chez un enfant, qui en portait une autre à l'avant-bras du côté opposé.

M. Trélat. Ces opérations sont, en général, faciles et bénignes. Il faut détacher le périoste et le réappliquer ensuite sur l'os après ablation de la tumeur. La guérison a lieu par première intention. J'ai fait une dizaine d'ablations de ce genre.

Présentation de pièce.

Ostéome du sinus frontal, par le Dr Lucas-Championnière.

Je vous présente un ostéome du sinus frontal développé jusque dans la paroi de l'orbite gauche.

Ces tumeurs ne sont pas très communes.

On a signalé la difficulté d'extraction qui résulte de leur volume et de leur extrême dureté. Celle-ci a nécessité une opération très large, mais qui n'a pas, en somme, présenté de très grandes difficultés. Cependant deux prolongements se dirigeant l'un vers les fosses nasales, l'autre vers la paroi orbitaire interne, ont demandé quelques recherches délicates.

Voici l'observation du malade prise par mon interne, M. Drouet :

Monnier, Joseph, journalier, entre à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 7, le 18 octobre 1886.

Le malade raconte que sa tumeur aurait débuté d'une façon brusque, durant la nuit, au mois de janvier dernier. Il aurait alors remarqué une tumeur assez volumineuse qui se serait ouverte au niveau de l'arcade sourcilière gauche, laissant écouler un peu de pus. Depuis cette

époque, la tumeur aurait donné, à différentes reprises, lieu à un peu de suppuration survenant chaque fois sans cause appréciable.

A l'heure actuelle, le malade porte au niveau de la racine du nez, et développée surtout à gauche, une tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule, dure, de consistance osseuse, immobile et manifestement adhérente à l'os sous-jacent.

Au niveau du bord supérieur de la paupière supérieure, vers sa partie interne, on remarque une cicatrice légèrement surélevée, indiquant le point où se sont faites les suppurations antérieures.

L'œil gauche est légèrement déplacé en dehors, en masse ; mais pas de diplopie, ni de troubles de la vision. Pas de douleurs.

Opération le 4 novembre 1886. Durée de l'opération, 1 h. 5 m. Chloroforme Yvon, 45 gr. (un vomissement après l'opération). 7 ligatures. 14 points de suture au crin de Florence. Dans la soirée, hémorrhagie nécessitant un nouveau pansement compressif.

6 *novembre.* 1er pansement. Bon état.

10 *novembre.* 2e pansement. Une goutte de pus.

L'opération a consisté en une très grande incision en T, la base de la tumeur étant très large.

Je creusai un grand sillon sur la table externe avec le ciseau et le marteau.

Lorsqu'il fut achevé, je saisis la tumeur avec le davier à griffes d'Ollier, et je pus extraire la portion principale de la tumeur. Mais cette portion était reliée par une sorte d'isthme à deux autres parties plus petites dont l'une descendait vers les fosses nasales et l'autre avait enfoncé la paroi interne de l'orbite.

J'ai eu quelque difficulté à les dégager, et je trouvai dans le fond de la plaie une certaine quantité de matière blanchâtre ayant tout l'aspect de la matière cérébrale. Dolbeau a signalé ce fait qui pourrait donner le change. Il ne s'agit que de matière accumulée dans les sinus.

Il y eut un écoulement de sang assez abondant qui fut arrêté par un tamponnement passager. La cavité laissée par l'opération était énorme, mais paraît devoir se combler rapidement. Toutefois, je n'ai pu empêcher un peu de suppuration, ce que j'attribue à l'indocilité du malade, qui parvenait à se gratter par-dessous son pansement.

La tumeur enlevée est, comme vous voyez, très dure, sauf au niveau de son isthme central, et il eût été très difficile de l'enlever en la morcelant par le ciseau.

Son volume total dépasse celui d'un œuf de poule.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 17 novembre 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Considérations sommaires tendant à faciliter la revision du régime quarantenaire*, par le Dr Sirus-Pirondi (de Marseille), membre correspondant ;

3° *La contagiosité de l'ulcère de Mozambique* (plaie de l'Yémen), observée à l'île de la Réunion, par le Dr A. Vinson ;

4° *Handbuch der Chirurgischen Technick bei Operationen und Verbändem,* par le Dr Albert von Mosetig-Moorhof, offert par l'auteur ;

5° *Hernie scrotale gauche étranglée ; cure radicale ; guérison*, par le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer) (commission : MM, Lucas-Championnière, Berger et Périer, rapporteur) ;

6° *Nouveaux instruments pour pratiquer la taille hypogastrique avec le thermo cautère et indications opératoires* (International medical congress), par le Dr Théophile Anger.

Rapport.

De l'élongation combinée à la résection du nerf spinal appliquée au traitement du torticolis spasmodique, par M. Schwartz.

Rapport par M. Tillaux.

Il s'agit d'une femme âgée de 26 ans de tempérament hystérique, qui fut prise de contracture violente et douloureuse des muscles du cou à la suite d'une émotion vive. La tête était inclinée sur

l'épaule gauche et le menton dirigé à droite. La contracture d'abord intermittente devint permanente. Cependant il était toujours possible de redresser la tête, quoique péniblement, pendant les moments de rémission.

Tous les moyens ordinaires de traitement ayant été employés inutilement, M. Schwartz proposa à la malade une opération sanglante, qui fut acceptée avec empressement. Notre confrère résolut d'agir directement sur le nerf spinal et le mit à découvert, en suivant le procédé que j'avais indiqué en 1882. Le nerf fut d'abord élongé avec une force de 2 kilogrammes, puis réséqué dans la longueur de 2 centimètres.

L'opération amena un soulagement considérable, mais non la guérison complète. La malade porta pendant quelque temps un collier.

En résumé, dit M. Schwartz en terminant son observation, Mme F..., tout en n'étant pas guérie de son mal, est considérablement améliorée.

Je désire, Messieurs, à propos de cette intéressante observation, vous soumettre brièvement quelques réflexions. Et d'abord, sur la nature du torticolis, M. Schwartz le désigne sous le nom de torticolis spasmodique, et je ne vois pas en effet quel autre nom pourrait convenir à ces contractions douloureuses et intermittentes des muscles du cou. Cette variété se trouve donc séparée nettement du torticolis par rétraction et du torticolis par contracture permanente (du torticolis postérieur en particulier); mais pour ne parler que des torticolis de cause musculaire, il en existe une quatrième variété que je dois vous signaler, puisque dans son travail M. Schwartz fait allusion à l'observation qui m'est personnelle.

Chez ma malade, qui était aussi une femme, et dont l'affection s'était également développée à la suite d'une émotion extrêmement violente, il n'existait ni rétraction, ni contracture, soit permanente, soit temporaire. La tête, abandonnée à elle-même, était entraînée tout doucement sur l'épaule droite et le menton dirigé à gauche. Il était très facile de remettre la tête en position, et les points d'appui sur les oreillers étaient même suffisants pour s'opposer à la déviation. Il y avait donc chez cette malade un défaut de synergie musculaire; les muscles du côté droit l'emportaient en puissance sur ceux du côté gauche. M. Vulpian, qui avait soigné la malade avant moi, appelait son affection : torticolis fonctionnel.

Il semblait *à priori* que c'était bien à un cas de ce genre que convenait la résection du nerf spinal, puisque le sterno-mastoïdien et le trapèze paraissaient les deux muscles principalement atteints. Et cependant je n'ai pas obtenu la guérison de ma malade; elle fut améliorée, surtout pendant les premiers mois qui suivirent

l'opération; mais en 1885, trois ans après la résection du spinal, la situation était à peu près la même qu'au début. Cette femme ne pouvait se livrer à aucun travail, et je renonçai à l'espoir de la guérir.

M. Schwartz a d'abord pratiqué l'élongation du nerf spinal et ensuite la résection. Je m'étais contenté et me contenterais encore, le cas échéant, de la résection.

Lorsque j'étudiai sur le cadavre le procédé opératoire (car c'était, si je ne me trompe, la première opération de ce genre pratiquée dans notre pays), je voulus me rendre compte des effets que produisait sur le bulbe l'élongation du spinal en examinant ce qui se passait dans l'intérieur du crâne. Or, en tirant fortement sur le nerf, on ébranle le bulbe, et je n'osai pas me livrer à cette manœuvre sur un vivant, surtout sur un vivant anesthésié. Dans les quelques cas où cette élongation a été pratiquée, il ne semble pas y avoir eu d'inconvénient; je conserve cependant mes craintes.

Non seulement, Messieurs, M. le Dr Schwartz a relaté dans son travail une intéressante observation personnelle, mais il a encore résumé les rares observations analogues publiées en France et à l'étranger. J'ai donc l'honneur de vous demander la publication de son mémoire dans nos bulletins.

Discussion.

M. Terrillon. Ayant eu dans mon service la malade dont M. Schwartz a donné l'observation, je saisis l'occasion pour donner mon impression sur l'opération qui a été pratiquée. Cette opération a été faite selon les indications établies par M. Tillaux, et je dois dire qu'ainsi exécutée c'est une opération simple, méthodique et très régulière. Dans ce cas particulier, les résultats immédiats ont été assez satisfaisants; mais, comme on vient de le voir, ils ne se sont pas maintenus définitivement.

Les conclusions de M. le rapporteur (insertion du travail de M. Schwartz dans les *Bulletins*) sont mises aux voix et adoptées.

De l'élongation combinée à la résection du nerf spinal appliquée au traitement du torticolis spasmodique, par Édouard Schwartz, chirurgien des hôpitaux.

L'élongation, la section et la résection du nerf spinal externe n'ont été faites qu'un petit nombre de fois, pour combattre les affections spasmodiques des muscles qu'il innerve. Les chirurgiens qui ont pratiqué ces opérations ont fait tantôt l'une, tantôt l'autre,

guidés par leurs impressions personnelles et par la vogue du moment.

Ces raisons nous ont poussé à publier le fait suivant, que nous avons eu l'occasion d'observer, et à le faire suivre de quelques réflexions sur l'opportunité, les indications et les résultats fournis jusqu'ici, soit par l'élongation, soit par la résection.

Observation. — *Torticolis spasmodique par contracture du sterno-mastoïdien gauche, du trapèze et de l'angulaire de l'omoplate gauche, datant de deux ans. — Élongation, puis résection du nerf spinal gauche. — Disparition du spasme du sterno-mastoïdien et du trapèze, en grande partie; persistance de l'inclinaison de la tête sur l'épaule, facilement corrigeable par un appareil.*

Mme S..., âgée de 26 ans, bien réglée, sans antécédents héréditaires notables, mais d'un tempérament très nerveux, sans toutefois avoir jamais présenté de phénomènes hystériques, entre à la Maison de Santé le 4 octobre dans le service du Dr Cruveilhier, que nous avions alors l'honneur de suppléer. L'affection qui l'amène vers nous consiste dans un torticolis spasmodique et très douloureux du côté gauche, dont les accès se renouvellent très fréquemment, et laissent à leur suite persister de la contracture des muscles convulsés.

Voici dans quelles circonstances la maladie s'est montrée :

Il y a deux ans, la malade eut une violente émotion à la suite de laquelle elle fut prise aussitôt d'un tic convulsif qui lui inclinait la tête sur l'épaule gauche, en même temps que la face se déviait à droite; ce tic, accompagné de violentes douleurs, la prenait à intervalles assez courts dont elle ne précise pas la durée, et pendant lesquels la tête reprenait sa position normale.

Il y a dix-huit mois, sans cause bien déterminée, la tête resta tout à fait inclinée sur l'épaule et la face déviée à droite; les accès spasmodiques, ne faisant qu'accentuer cette déviation, s'accompagnaient d'irradiations douloureuses dans la tête et le cou, crises qui rendaient intolérable la situation de la malade.

On avait cherché à combattre l'affection de bien des façons : l'application des courants faradiques sur les muscles antagonistes, puis celle des courants continus sur les muscles contracturés avait été tentée; l'on employa les massages, les douches révulsives, le redressement forcé, les injections sous-cutanées et locales de chlorhydrate de morphine, le tout sans aucun succès.

La malade avait pris en vain du bromure de potassium à haute dose.

C'est alors qu'après deux ans de souffrances la jeune femme se décida à entrer à la Maison de Santé et réclama notre intervention.

Voici l'état dans lequel nous la trouvons :

La faisant asseoir devant nous, nous constatons que la tête est inclinée sur l'épaule, qui semble remontée et attirée vers elle; elle est aussi inclinée légèrement en arrière en extension, et la face regarde tout à fait à droite. Toute la moitié gauche de celle-ci est atrophiée no-

tablement. Le sterno-mastoïdien gauche et le trapèze de ce côté (faisceau claviculaire) forment des saillies qui soulèvent la peau de la région.

Quand on veut essayer de redresser la tête, cela est possible, mais très douloureux, les muscles contracturés s'y prêtant difficilement; la douleur provoquée est très violente et empêche le redressement complet. A certains moments, nous constatons que tous les phénomènes s'accentuent, que la tête est prise d'une sorte de tremblement convulsif qui aboutit à une accentuation de la déviation latérale et de la rotation à droite de la face. Alors aussi les saillies musculaires se dessinent davantage et deviennent plus dures, et la malade accuse de fortes douleurs dans le cou et la nuque, en même temps qu'il est tout à fait impossible de redresser, même légèrement, la tête en position vicieuse. Au bout de quelques minutes l'accès cesse, et la tête reprend sa position première.

Les phénomènes se reproduisent plus ou moins fréquemment, suivant que la malade est plus ou moins impressionnée. Lors de notre première visite, ils furent beaucoup plus fréquents que les jours suivants, où elle était habituée à nous voir.

L'examen par le toucher nous révèle que le sterno-mastoïdien gauche est très contracturé, de même le faisceau claviculaire du trapèze et son faisceau occipital, qui sont durs et douloureux à la pression; le rapprochement de l'omoplate de la colonne vertébrale nous fait penser, le rhomboïde semblant normal, que l'angulaire de l'omoplate est pris aussi.

En faisant tourner la malade, on remarque, surtout en palpant les apophyses épineuses qui font saillie dans le dos, que la colonne cervicale est incurvée à gauche, de façon à présenter de ce côté une concavité assez prononcée qui se redresse au niveau des épines des vertèbres dorsales, et donne lieu à une légère courbure de compensation de la colonne dorsale proprement dite.

L'état général de Mme S... est satisfaisant; elle a bon appétit, bon sommeil, quoique cependant depuis quelque temps il n'y ait plus de ce côté le calme qui existait auparavant.

Nous l'interrogeons encore bien nettement sur ses antécédents; rien de diathésique (névroses, rhumatisme, syphilis, paludisme), ni chez elle, ni chez ses ascendants ou collatéraux.

Le diagnostic se posait de la façon suivante : torticolis spasmodique probablement d'origine centrale, produit par une contracture et des spasmes intermittents des muscles gauches sterno-mastoïdien, trapèze et peut-être angulaire de l'omoplate. Nous ne croyons pas qu'il y ait déjà une dégénérescence musculaire donnant lieu à une véritable rétraction, parce qu'il est possible de redresser la tête, quoique péniblement, pendant les moments de rémission.

Comme on n'avait pas encore employé les injections de sulfate d'atropine, les aimants, la métallothérapie, nous fîmes appliquer pendant une vingtaine de jours ces divers traitements sans obtenir aucun soulagement réel.

Il fut donc décidé que l'on recourrait à une opération sanglante, que la malade accepta avec empressement.

Le 26 octobre, Mme S... était chloroformée. Il fut constaté que la contracture cédait complètement, ce qui éloignait toute idée de rétraction musculaire; l'on pratiqua le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien, et suivant les préceptes donnés par notre maître Tillaux dans sa communication à l'Académie de médecine du 31 janvier 1882, une incision de 5 centimètres environ ; le muscle s'étendant très loin en arrière, on fut obligé de diviser une certaine quantité de fibres musculaires ; l'on arriva sans trop de difficulté à soulever le muscle et à trouver le nerf spinal à son entrée dans le corps charnu ; ce temps de l'opération fut rendu un peu pénible par l'écoulement du sang et la petitesse relative de l'incision. Le nerf est chargé sur le crochet à dynamomètre de Nicaise et élongé avec une force de 2 kilogrammes ; le tronc nerveux cède à un moment donné sans se déchirer et s'allonge environ de 2 centimètres et demi.

Toute la portion tirée en dehors de la plaie, soit environ 2 centimètres, est ensuite réséquée.

Drain, suture, pansement antiseptique de Lister.

La malade étant réveillée, voici quels sont les résultats immédiats de l'élongation combinée à la résection d'une partie du spinal externe : la contracture du sterno-mastoïdien a totalement disparu et est remplacée par un état paralytique rendu manifeste par la prédominance du muscle du côté opposé qui tourne la face à gauche ; la contracture du trapèze a disparu en partie seulement; le faisceau claviculaire est encore un peu dur et tendu, néanmoins assez peu pour que l'on puisse, sans douleur et sans grand' peine, corriger la position inclinée de la tête sur l'épaule, qui reste encore rapprochée de la colonne vertébrale et comme soulevée, action due probablement à l'angulaire de l'omoplate resté intact.

La malade nous dit éprouver un soulagement considérable qui ne se dément pas les jours suivants. Les accès douloureux ont complètement disparu.

La plaie se réunit par première intention, si ce n'est en bas, où reste ouvert pendant une dizaine de jours le trajet du drain qu'on y a placé.

Nous attendons, pour lui appliquer un appareil qui corrige la déformation dont elle est encore atteinte, que la plaie soit totalement guérie, sans toutefois espérer un redressement complet, vu la déviation très accentuée de la colonne vertébrale.

Elle sort le 19 novembre du service pour entrer à l'hôpital Beaujon, où nous devons lui appliquer, dans le service de notre excellent maître, le Dr Tillaux, un corset-collier en plâtre moulé.

Voici quel est son état à sa sortie :

Avant l'application du corset-collier en plâtre : la déviation de la face à gauche s'est amendée et la tète est simplement inclinée légèrement sur l'épaule et un peu en arrière ; le trapèze est encore dur et contracturé ; le sterno-mastoïdien n'agit plus ; il n'y a plus de crises de contracture douloureuse.

Le 25 novembre nous appliquons l'appareil plâtré, qui, prenant

point d'appui sur le thorax et se moulant sur les épaules et le cou, redresse et soutient la tête dans une position presque normale.

La malade retourne chez elle dans cet état avec recommandation de garder le collier le plus longtemps possible.

Voici ce que nous écrivait son mari à la date du 8 janvier; depuis l'opération, Mme S... ne souffre plus du tout, et elle se sent très bien, soutenue par le collier, qui ne la gêne en rien.

On enleva l'appareil à la fin du mois de janvier, parce qu'il s'était développé quelques phénomènes inflammatoires du côté de la mâchoire gauche, accompagnés de douleurs très vives; le collier enlevé, la tête retombe sur l'épaule, ce qui indique que la contracture du trapèze n'a pas cédé, mais il n'y a plus aucune rotation de la face.

La position inclinée de la tête la fatigue beaucoup, mais sans lui causer de douleurs proprement dites.

Nous avons conseillé de lui faire construire un collier destiné à parer à cette déviation et à ses résultats.

A la date du 2 avril, M. S... nous écrit que depuis l'enlèvement du collier de plâtre, après une grande faiblesse, il s'est manifesté un mieux sensible. Ce mieux a retenu la patiente dans l'achat du collier que nous lui avions conseillé. Elle souffre beaucoup moins qu'il y a deux mois, et le massage et l'électrisation du côté opposé améliorent chaque jour son état.

En résumé, Mme S..., tout en n'étant pas guérie de son mal, est considérablement améliorée ; si elle garde encore une difformité, elle n'est plus soumise aux crises de contracture douloureuse qui la torturaient avant l'opération.

Avant de discuter l'efficacité des diverses opérations qui ont été pratiquées sur le spinal externe pour remédier au torticolis spasmodique, qu'il nous soit permis de résumer brièvement les cas analogues que nous avons rassemblés, et qui sont les suivants :

1° Morgan (*British and Foreign medico-chirurgical Review*, July. 1861 ; *The Lancet,* 3 août 1867), fit le premier non pas une fois, mais deux fois la résection du nerf spinal.

Voici le résumé de ces observations :

Homme, ouvrier, obligé de cesser son travail pour une contracture spasmodique des muscles sterno-mastoïdien et trapèze. Morgan pensant produire la paralysie de ces muscles, réséqua une partie du spinal avant sa division en deux branches musculaires. Il en résulta en effet un amendement complet des symptômes qui persista depuis; il fut remarquable de voir que les autres muscles affectés, tels que l'angulaire

de l'omoplate, le splénius, etc., se tinrent tranquilles dès que les deux principaux furent paralysés.

L'autre observation est celle de Holdens.

Il s'agit d'un homme de 48 ans, nerveux, ayant présenté de la chorée du membre supérieur gauche, et qui, à l'occasion d'un refroidissement fut pris de spasmes cloniques des muscles sterno-mastoïdien gauche et trapèze droit, avec contracture des muscles de la nuque, le tout accompagné de douleurs très intenses.

Morgan fit la section du spinal accessoire à gauche seulement. Les phénomènes dûs au spasme du sterno-mastoïdien cessèrent; mais le trapèze droit et les muscles qui se trouvaient au-dessous, tels que le splénius, le grand complexus, continuèrent à se contracter et à tirer directement la tête en arrière.

2° La *Lancet* (vol. I, p. 213, 1879) insère une lettre du Dr Rivington, qui a fait l'excision du spinal, sans plus amples détails sur l'opération en elle-même chez un malade atteint de spasmes cloniques des muscles du cou. Le malade guérit de son torticolis, mais fut emporté quelques jours après son opération par un érysipèle phlegmoneux parti de la plaie.

3° Annandale (*The Lancet*, vol. I, p. 555, 1879) fait chez une femme âgée de 24 ans atteinte d'un torticolis spasmodique produit par les muscles sterno-mastoïdien, trapèze, splénius du côté gauche, l'élongation du spinal externe. N'ayant obtenu aucun résultat, le chirurgien anglais, se servant d'un fil conducteur qu'il avait laissé attaché au nerf, rouvrit la plaie le lendemain et fit la section du tronc nerveux.

Tous les troubles disparurent, non pas immédiatement, mais au bout de quelque temps, et un an après la guérison durait encore.

4° Mosetig-Moorhof (*Wiener medizinische Presse*, n° 27, 1881), publie l'observation d'un homme de 56 ans malade depuis l'automne de 1879 et atteint d'un torticolis spasmodique produit par le sterno-mastoïdien, le trapèze et le peaucier gauches; aucune contracture pendant le sommeil. Les spasmes reviennent dès que le malade se réveille, quand il s'observe et veut faire des mouvements.

La face regarde à droite tandis que la tête est inclinée sur l'épaule gauche.

Quand on comprime le nerf gauche contre les parties profondes, on n'obtient aucun résultat.

La pression sur le nerf droit arrête les spasmes. Tous les traitements ayant été épuisés, le chirurgien fit d'abord l'élongation du spinal gauche, qui ne donna rien, puis, dans la même séance celle du spinal droit; il y eut encore quelques spasmes les jours suivants, mais six mois après la guérison était parfaite.

Qu'il nous soit permis d'observer en passant combien ce cas démontre nettement l'action centrale de l'élongation; puisque c'est l'opération faite à droite qui a agi sur les spasmes des muscles situés à gauche.

5º Le 31 janvier 1882, le Dr Tillaux lisait à l'Académie de médecine l'observation d'une femme atteinte de spasme fonctionnel du sterno-mastoïdien gauche et chez laquelle on avait épuisé tous les traitements; il fit la résection du nerf spinal gauche, rejetant l'élongation, de peur de produire sur le bulbe des tiraillements fâcheux.

La malade fut améliorée après l'opération mais n'est pas guérie; la tête est encore entraînée du côté gauche dès qu'elle n'est pas soutenue. Cette observation donne lieu à une intéressante discussion au cours de laquelle le Dr J. Guérin prôna la myotomie sous-cutanée des faisceaux contracturés; il coupait sans le savoir le nerf spinal et a obtenu de la sorte plusieurs succès.

6º Nicoladoni (*Wiener Medizinische Presse*, nº 29, 1882) rapporte le cas d'un paysan de 27 ans qui, à la suite d'un refroidissement, il y a quatorze mois, eut des douleurs vives dans les muscles de la nuque. Deux mois après, il fut pris de secousses spasmodiques qui déviaient la tête en arrière et à gauche. Depuis sept mois, il ne peut plus incliner la tête en avant; le sterno-mastoïdien et le trapèze gauches durcissent pendant les spasmes.

Les accès sont séparés par quelques minutes de repos et restent absents pendant le sommeil. Nicoladoni fit l'élongation du nerf spinal gauche avant son entrée dans le sterno-mastoïdien; l'opération fut pratiquée le 1er août et ne donna aucun résultat immédiat; le 3 août, tout était comme devant. L'auteur regrette de n'avoir pas fait la résection.

7º Nous citerons enfin un cas inédit qui appartient au Dr Terrillon. Le malade, un homme de 25 ans environ, vu par nous à la consultation du Bureau central était atteint d'un torticolis spasmodique très violent qui lui inclinait la tête à gauche et déviait la face à droite, qui le prenait par accès très courts mais très fréquents avec des douleurs irradiées dans le cou et la tête.

Tous les traitements ayant échoué, on lui pratiqua à l'hôpital de la Charité la résection du spinal gauche (3 centimètres environ), avant l'entrée du nerf dans le sterno-mastoïdien, pour obvier aux spasmes de ce muscle et de la portion cervicale du trapèze, qui semblaient surtout agir. Cette première opération ne lui procura que peu de soulagement; il est vrai qu'il y a peut-être bien un peu de simulation de sa part, car, au dire de son entourage, par qui on le fit observer, jamais ses accès ne sont plus fréquents que lorsqu'on l'examine. Le peaucier se contractant manifestement très violemment, comme le démontrent les saillies de ses faisceaux sous la peau du cou, le Dr Terrillon pratique la résection du filet du nerf qui vient du facial. La plaie guérit sans encombre. Néanmoins le malade est encore pris de crises convulsives bien moins fréquentes des muscles latéraux qui inclinent la tête sur l'épaule; mais il n'y a plus de rotation de la face. Il est certain que le sterno-mastoïdien n'est plus pour rien dans les déviations, mais bien le trapèze et les autres muscles latéraux du col.

En résumé, soulagement considérable, puisque le malade dort toute

sa nuit dans n'importe quelle position, tandis qu'auparavant il était obligé d'appuyer la tète sur le côté malade.

Nous remercions ici notre ami Terrillon de la gracieuseté qu'il nous a faite en nous permettant de publier ces quelques notes sur son opéré.

En somme, nous avons rassemblé 8 cas analogues au nôtre, soit 9 en tout. Disons néanmoins que l'observation de notre maître Tillaux diffère des autres comme symptomatologie; il n'y avait pas contracture proprement dite, mais prédominance d'action.

On a fait la section ou la résection seule dans 5 cas (2 cas de Morgan, 1 de Rivington, 1 de Tillaux, 1 de Terrillon).

On a fait l'élongation seule 2 fois (1 cas de Mosetig-Moorhof, 1 cas de Nicoladoni); la résection a suivi l'élongation 2 fois (1 cas d'Annandale, 1 cas de Schwartz).

Dans le cas d'Annandale, on fit la résection le lendemain du jour où l'on avait sans résultat pratiqué l'élongation.

Dans la première série des faits, nous trouvons, sur 5 cas, 2 guérisons et 3 améliorations.

Dans la seconde, sur 2 cas, 1 guérison, 1 insuccès complet.

Dans la troisième, sur 2 cas, 1 cas de guérison complète et 1 cas d'amélioration très notable.

Sans vouloir baser aucune conclusion sur ces chiffres, trop peu élevés, nous ferons cependant observer que la résection semble avoir donné de meilleurs résultats que l'élongation seule, qui a néanmoins fourni un succès remarquable à tous les points de vue à Mosetig-Moorhof.

On pourrait croire que la résection d'une certaine longueur du nerf spinal entraîne la parésie persistante du sterno-mastoïdien et des faisceaux du trapèze animés par lui; il n'en est rien; il semble que les faisceaux musculaires innervés par le plexus cervical profond (2 et 3 branches) suppléent à ceux qui ne reçoivent plus l'innervation du spinal, puisque dès le 3e jour nous avons vu disparaître chez notre malade la rotation de la face produite par les antagonistes immédiatement après la résection. Celle-ci n'a donc pas ici le grand inconvénient que présente en général la section des nerfs moteurs, à savoir l'abolition persistante de la fonction. Mais ici s'élève une très sérieuse objection à la résection du nerf spinal.

On ne peut supprimer complètement par cette opération l'action du système nerveux central sur les muscles, puisque ceux-ci reçoivent des branches du plexus cervical profond, qu'on n'atteint que très difficilement et en faisant de grands dégâts dans la région du cou. Notre ami le Dr Terrillon a essayé d'arriver jusque sur les branches profondes et s'est arrêté devant la difficulté de découvrir les

rameaux nerveux à leur origine, découverte qui nécessiterait une dissection minutieuse et étendue de la région profonde et latérale du cou. Celle-ci créerait certainement pour le malade des dangers hors de proportion avec la gravité de son affection.

L'objection que nous venons de formuler est certes d'un grand poids : néanmoins nous voyons que presque dans tous les cas observés il y a amélioration notable, sinon guérison par la seule résection du nerf spinal ; l'élongation a, par contre, donné un insuccès bien manifeste à Nicoladoni.

Nous croyons donc que la résection doit être l'opération de choix, qu'elle est indiquée dans tous les cas de torticolis spasmodiques dits essentiels, lorsque les muscles surtout atteints sont ceux innervés principalement par la branche externe du spinal.

Néanmoins, comme d'après les observations publiées, et la nôtre en fait aussi foi, l'élongation ne paraît pas agir d'une façon funeste, mais a bien au contraire procuré la guérison dans le cas de Mosetig-Moorhof, quoique nous ne connaissions pas encore le mécanisme de son action, nous croyons qu'il y aura tout avantage à combiner les deux opérations, à faire d'abord l'élongation, en ne dépassant pas une certaine limite comme force de traction, puis à réséquer la portion de nerf soulevée hors de son plan normal.

En résumé, l'élongation suivie de la résection nous semble devoir offrir plus de chances de succès sans causer plus de péril que l'une ou l'autre opération faite isolément.

Nous espérons que de nouveaux faits, s'ajoutant à ceux que nous avons cités et à notre observation, viendront bientôt confirmer l'opinion que nous avons l'honneur d'émettre.

Rapport.

Anévrysme fusiforme de l'artère poplitée ; athérome et artério-sclérose généralisée. — Ligature de la fémorale à l'anneau du 3e adducteur. — Mort 18 jours après l'opération avec accidents cardiaques et cérébraux. — Autopsie, par M. E. SCHWARTZ.

Rapport par M. HUMBERT.

M. Schwartz a communiqué à la Société l'observation d'un malade auquel il a pratiqué la ligature de la fémorale pour un anévrysme fusiforme de l'artère poplitée. Les causes de la mort, survenue dix-huit jours après l'opération, donnent à ce fait un intérêt particulier.

Ce malade était un cocher, âgé de 50 ans. La tumeur, de moyen volume, occupait le jarret droit; la jambe était le siège d'un œdème assez considérable, et les mouvements du genou, bien que libres, étaient douloureux. Ces symptômes, œdème et douleur, se dissipèrent rapidement avec le repos au lit; d'ailleurs, ils ne s'étaient manifestés, au dire du malade, que depuis peu de jours, à l'occasion d'un effort qu'il avait fait en poussant une voiture, et c'est seulement à cause de la lourdeur du membre et de la gêne de la marche qu'il venait réclamer des soins.

Mais cet homme présentait en même temps des lésions étendues du système vasculaire; c'était un athéromateux et un cardiaque. Toutes les artères accessibles à l'exploration paraissaient manifestement indurées; la percussion et l'auscultation révélaient l'existence d'une insuffisance aortique, avec dilatation de l'aorte et hypertrophie du cœur. Toutefois, et c'est là un point important, le malade n'avait jusqu'alors ressenti aucun trouble qu'on pût rattacher à cet état du cœur et des vaisseaux; jamais de palpitations ni de dyspnée; l'état général était bon; rien n'indiquait d'autres lésions viscérales; on ne trouvait pas d'albumine dans les urines.

Cependant l'anévrysme se développait; son accroissement était lent, mais continu; M. Schwartz crut devoir intervenir. Compression digitale, flexion, compression avec la bande d'Esmarch, le sac de plomb, les compresseurs de Broca et de Larrey, tels furent les moyens qu'il employa successivement pendant six semaines. Le malade prenait en même temps une dose quotidienne d'un gramme d'iodure de potassium. Ces méthodes, d'ailleurs mal supportées pour la plupart, n'amenèrent pas de résultat efficace. Les battements cessaient pendant la compression, pour reparaître, bien qu'avec un peu moins de force peut-être, aussitôt qu'elle était interrompue. La tumeur avait encore augmenté de volume.

C'est alors que M. Schwartz, sans se dissimuler combien le pronostic était grave en raison des altérations du système vasculaire, se décida à pratiquer la ligature, espérant du moins que le traitement précédent aurait eu l'avantage de préparer l'établissement de la circulation collatérale.

Ligature de la fémorale dans le canal de Hunter. L'artère est épaissie, mais non calcaire. Après une dénudation pénible, elle est liée avec un catgut n° 4, qui est serré progressivement, sans force, de manière à éviter la section immédiate du vaisseau dans toute son épaisseur. Un des chefs du fil est coupé au ras, l'autre laissé dans la plaie. Suture au crin de Florence; pansement antiseptique.

Dès le lendemain, le malade est oppressé, et présente des irrégularités du pouls qu'on n'avait pas encore observées.

Les jours suivants, les phénomènes d'asystolie s'accusent : respiration plus difficile, fréquence, irrégularité et inégalité du pouls.

Cet état persiste, malgré l'emploi de la digitale, il s'aggrave même; puis aux phénomènes cardiaques viennent se joindre des troubles cérébraux : agitation, délire, embarras de la parole.

Enfin, mort subite le 18e jour après l'opération.

Du côté du membre opéré, les choses avaient marché régulièrement. Les battements avaient cessé dans l'anévrysme, et la circulation n'avait pas été entravée. La plaie était presque entièrement cicatrisée.

Trois jours avant la mort, on avait vu apparaître l'œdème des membres inférieurs. M. Schwartz, qui avait déjà quitté son service, n'a pu constater s'il y avait alors de l'albumine dans l'urine. Il est permis de le croire, d'autant plus qu'à l'examen nécroscopique on en trouva une quantité notable dans celle que renfermait la vessie.

L'autopsie confirma le diagnostic des lésions cardio-vasculaires. Du côté des autres viscères : congestion du cerveau, œdème sous-pie-mérien, athérome de toutes les artères cérébrales, néphrite interstitielle au début, avec quelques kystes des reins, foie gras, poumons sains; un peu d'œdème pulmonaire.

L'artère fémorale est remplie par un caillot qui remonte jusqu'à l'origine de la fémorale profonde; le catgut, qui a complètement disparu, l'a sectionnée dans les trois quarts de son épaisseur. Le bout inférieur est également oblitéré par un caillot, ainsi que la poplitée, au-dessous de l'anévrysme jusqu'à la naissance du tronc tibio-péronier. Le sac anévyrsmal est tapissé de caillots fibrineux stratifiés. Au centre, on trouve des caillots cruoriques et du sang encore liquide.

Thrombose de la veine fémorale, au-dessous du point correspondant à la ligature artérielle, et s'étendant en bas jusqu'au niveau de l'anévrysme.

Tel est le résumé de l'observation de M. Schwartz. Il y a joint quelques remarques destinées à en faire ressortir les particularités les plus intéressantes : rapport du traumatisme avec l'aggravation de l'affection cardiaque; efficacité de la compression préalable au point de vue du développement de la circulation collatérale et de la formation de caillots stratifiés dans le sac anévrysmal; établissement de l'hémostase malgré le mauvais état de l'artère et sa section presque totale par le fil constricteur.

Sur ce dernier point, il est permis de faire quelques réserves. Sans doute l'hémostase eût pu devenir définitive; je n'oserais pourtant pas affirmer que le malade de M. Schwartz soit mort guéri, en d'autres termes que, s'il eût survécu, il eût été à l'abri de tout accident ultérieur. Les cardiopathies par elles-mêmes, à

plus forte raison lorsqu'elles s'accompagnent d'altérations des vaisseaux et des viscères, portent à la nutrition un préjudice fâcheux, plus fâcheux encore lorsqu'il ne s'agit pas seulement de l'entretien, mais de la réparation des tissus. Une ébauche d'organisation peut même, sous cette influence, subir un mouvement régressif. C'est ainsi que les hémorrhagies ne sont pas rares chez les cardiaques, les hémorrhagies secondaires, souvent très tardives, survenant à une époque où l'on pourrait croire l'hémostase assurée.

Je puis rappeler, à ce propos, le cas d'une femme à laquelle je fis, il y a trois ans, à l'hôpital Saint-Louis, l'amputation de la cuisse pour un sarcome de la jambe. Elle était atteinte d'une insuffisance aortique, ce qui n'était appréciable qu'à l'auscultation. Plus de trois semaines après l'opération, elle fut emportée par une hémorrhagie de la fémorale. La plaie était presque entièrement cicatrisée, et le traumatisme n avait eu aucun retentissement sur le cœur.

Quoi qu'il en soit, si, chez le malade de M. Schwartz, l'affection cardio-vasculaire n'a pas eu le temps d'avoir un effet défavorable sur les phénomènes locaux, en revanche il est indéniable que le traumatisme a précipité la marche de la maladie du cœur. Je reconnais que l'état antérieur était grave : insuffisance aortique, athérome artériel, altération du foie et des reins ; mais il n'y avait jamais eu de troubles fonctionnels. Pendant six semaines, le malade reste en observation, il est soumis à la compression de la fémorale ; rien encore. On l'opère : dès le lendemain la maladie du cœur, jusqu'alors latente, entre dans la phase dynamique ; l'asystolie se déclare, persiste et augmente jusqu'à la mort.

J'insiste sur ce fait que les accidents cardiaques ont suivi de très près le traumatisme. Ce qu'il faut considérer, en effet, dans les cas semblables, ce n'est ni la durée de ces accidents, ni leur intensité, ni leur terminaison heureuse ou fatale, mais la date de leur apparition. Tardifs, ils peuvent être mis sur le compte d'une simple coïncidence, quand on ne peut les attribuer à une complication locale ou générale plus ou moins éloignée. Plus ils se rapprochent du traumatisme, au contraire, plus il est légitime d'admettre qu'ils ont éclaté sous son influence. Qu'ils passent inaperçus dans les premières heures, dans les deux ou trois premiers jours même, que les effets, en un mot, ne soient pas exactement comtemporains de la cause, cela se comprend. La rupture de l'équilibre du cœur, l'asystolie peut ne pas se manifester dès le début avec toute son intensité, mais augmenter progressivement jusqu'au moment où elle se révèle par des

symptômes évidents, parfois même par une mort subite. Toujours est-il que l'influence du traumatisme sur le cœur, j'entends du traumatisme dégagé de toute complication, de toute cause concomitante ou secondaire, doit être immédiate ou ne pas être.

Ce ne sont pas seulement les grands traumatismes qui retentissent ainsi sur le cœur. Le fait de M. Schwartz en est une nouvelle preuve. Ici, en effet, on ne peut invoquer ni le choc, comme après les mutilations étendues, ni l'anémie traumatique qui suit les hémorrhagies abondantes. Faut-il accuser le trouble circulatoire produit par la suspension brusque du cours du sang dans un grand département vasculaire ? Cette explication serait admissible si la ligature de la fémorale avait été faite dès le premier jour. Mais, bien au contraire, la circulation collatérale était déjà préparées à tel point qu'il n'y a eu ni refroidissement du membre inférieur après la ligature de l'artère, ni œdème après la thrombose de la veine. Et, d'ailleurs, si les phénomènes cardiaques s'étaient développés sous l'influence d'un trouble circulatoire, pourquoi n'auraient-ils pas paru plus tôt, dès que l'on a intercepté le cours du sang dans la fémorale par la compression, compression qui a duré six semaines ?

Le traumatisme se trouve donc réduit, dans le cas qui nous occupe, à une blessure peu étendue et peu profonde, à une simple solution de continuité des parties molles, dont la réparation s'est effectuée sans encombre. Les faits de ce genre démontrant la fâcheuse influence d'un traumatisme peu important sur un cœur déjà malade, sans être absolument rares, sont cependant peu nombreux. Il faut donc savoir gré à M. Schwartz d'avoir publié une observation intéressante, qui prouve une fois de plus que l'existence simultanée d'une affection cardiaque et d'un traumatisme, même le plus léger, doit toujours éveiller des craintes et commande un pronostic extrêmement réservé.

Cependant, s'il est des cardiaques qui meurent par le cœur à la suite d'un traumatisme, grand ou petit, il en est d'autres qui se relèvent ou qui n'éprouvent même aucune espèce d'accidents ; mais dans quelle proportion ? Il serait intéressant de savoir, comme le disait M. Verneuil, en 1877, à l'Académie de médecine, « si toutes les cardiopathies indistinctement ou seulement quelques-unes d'entre elles, et seulement lorsqu'elles ont atteint un certain degré, sont capables d'influencer fâcheusement le processus réparateur et réciproquement d'être aggravées par les blessures. » On ne pourra acquérir une notion semblable qu'à l'aide d'un nombre considérable d'observations ; aussi serait-il à désirer qu'on publiât non seulement celles qui se rapportent à des cardiopathies influencées par le traumatisme, mais celles, bien autrement nom-

breuses sans doute, où le traumatisme est resté sans action sur l'affection cardiaque.

Discussion.

M. Verneuil. C'est en 1877, en effet, que j'ai posé la question de l'influence du traumatisme sur les cardiopathies. Depuis, cette question a été bien traitée dans la thèse d'agrégation de M. Ch. Nélaton. Cependant il est vrai de dire que, jusqu'à ce jour, les documents publiés sont encore rares.

Pour ma part, j'ai vu des traumatismes révéler l'existence d'affections du cœur entièrement ignorées. Elles se manifestent alors par des œdèmes bilatéraux, des troubles circulatoires et des hémorrhagies.

Ces hémorrhagies peuvent être avantageusement combattues par un traitement approprié. C'est ainsi que chez une dame affectée d'une lésion mitrale caractérisée j'eus à enlever, à l'aide de l'anse galvanique, la partie antérieure de la langue atteinte d'épithélioma. L'opération fut des plus simples, mais au cinquième jour une hémorrhagie se produisit. J'administrai alors la digitale et l'hémorrhagie ne reparut pas.

J'ai agi de même pour un malade atteint d'une affection cardiaque, et auquel j'avais enlevé un épithélioma de la langue. Une hémorrhagie survint encore, mais fut arrêtée par l'administration de la digitale.

Aujourd'hui, lorsque, dans ces cas, j'ai à pratiquer une opération, j'ai toujours soin de faire subir au malade un traitement préventif dirigé contre la propathie. Je donne le fer et la digitale pendant quelque temps. J'agis de la même manière pour la syphilis, la scrofule, l'alcoolisme, etc.

Pour ce qui concerne les affections cardiaques, il faut ne pas oublier que les individus porteurs d'anévrysmes ont, en général, le système circulatoire en mauvais état. Il faut toujours, chez eux, pratiquer l'auscultation du cœur et de l'aorte.

M. Trélat. Depuis deux ans, j'ai vu succomber deux malades cardiopathes que j'avais opérés.

La première fois, il s'agissait d'une femme arthritique atteinte d'une tumeur cancéreuse du sein. J'avais constaté par l'auscultation un léger bruit de souffle à la région du cœur, et le médecin de la malade l'avait également reconnu.

Cinq jours après l'opération, cette malade fut prise de pandiculations, d'une sensation de gêne difficile à définir, avec pâleur de la face ; ces phénomènes durèrent environ deux heures. Le malaise fut mis sur le compte d'une mauvaise digestion et l'état général

redevint satisfaisant. Mais au douzième jour, alors que la plaie, presque guérie, ne nécessitait plus qu'un pansement insignifiant, les mêmes phénomènes se reproduisirent plus intenses, et au bout de cinq heures l'opérée succomba.

Le second fait est relatif à un homme de 47 à 49 ans, vigoureux, qui avait été autrefois un peu alcoolique et qui portait un épithélioma de la langue. Les battements du cœur étaient fort et sonores, mais réguliers.

L'opération fut des plus simples ; je fis la ligature préalable de la linguale et je pus enlever les trois quarts de la langue sans difficultés. Mais après l'opération, pendant que je terminais le pansement, un léger état syncopal se produisit et disparut rapidement. Cependant, le quatrième jour, l'opéré, en voulant s'asseoir sur son lit, fit une grande inspiration et retomba mort.

Ces deux faits m'ont frappé, et je répète souvent dans mes leçons qu'avant de pratiquer une opération il faut dresser avec le plus grand soin le bilan pathologique du malade.

Même lorsqu'on a pris cette précaution, il peut encore y avoir des revers, comme dans les deux cas que je viens de rapporter. Malgré cela on ne saurait cependant soutenir que tout individu chez lequel on a reconnu un bruit de souffle au premier temps du cœur ne doit pas être opéré.

M. Verneuil. Je reconnais que les affections cardiaques ne constituent pas une contre-indication formelle à l'opération, mais elles en rendent le pronostic plus grave. D'ailleurs, on peut toujours instituer un traitement préventif. Il n'y a aucun inconvénient à le faire. Dans des cas analogues à ceux de M. Trélat, je n'hésiterais pas à faire de la révulsion en appliquant un vésicatoire volant à la région cardiaque. Sans pouvoir garantir l'efficacité de ce moyen, je crois qu'il faut toujours essayer de lutter contre l'affection préexistante.

M. Bouilly. J'ai vu tout récemment un malade atteint d'une fissure anale horriblement douloureuse. Depuis un an, il est, en outre, sujet à des accès d'angine de poitrine ; le cœur et l'aorte sont malades : il y a un bruit de souffle et une légère dilatation de l'aorte. Je dois pratiquer un de ces jours la dilatation rapide de la fissure, sans donner le chloroforme, et dans la prochaine séance je pense pouvoir faire connaître le résultat de l'opération.

M. Monod. J'ai opéré d'une fistule à l'anus un malade atteint d'une dilatation du cœur avec bruit de souffle à la base. Ce malade était extrêmement pusillanime et il était presque impossible de l'examiner ; aussi fus-je contraint de lui donner du chloroforme pour inciser sa fistule. Je dois dire qu'il a très bien supporté

l'anesthésie et que les suites de l'opération ont été des plus simples.

M. Lucas-Championnière. Je n'ai jamais observé d'accidents chez les cardiaques à la suite des opérations. Récemment, j'ai eu à enlever une tumeur du sein à une malade affectée d'angine de poitrine ; j'ai même dû faire le curage de l'aisselle pour extirper les ganglions. Cette malade a très bien supporté l'opération. Mais dix-huit jours après, alors que sa plaie était cicatrisée et qu'elle se promenait dans les salles, elle est morte subitement dans un accès d'angine. A l'autopsie, nous avons trouvé un rétrécissement mitral des plus prononcés. Mais comme cette malade avait parfaitement toléré le chloroforme et que la plaie était cicatrisée au moment de la mort, je ne puis admettre que l'opération ait exercé une influence sur la production de l'accident terminal.

D'autre part, j'ai suivi pendant longtemps une dame atteinte d'une affection congénitale du cœur qui l'a, dès l'enfance, empêchée de jamais courir ni de se livrer aux jeux comme les autres enfants.

On entend chez elle deux souffles râpeux à la région cardiaque. Cette dame a eu un premier accouchement à sept mois, puis quatre fausses couches consécutives, avec des hémorrhagies terribles.

Lors de sa dernière grossesse, je l'ai maintenue couchée du 4e au 9e mois, lui faisant prendre des lavements de chloral à la moindre menace de contraction utérine. Elle est enfin accouchée à terme, mais j'ai dû, au dernier moment, l'anesthésier complètement pour appliquer le forceps. Elle n'en a éprouvé aucun accident.

Jamais, je le répète, je n'ai vu d'accidents chez les cardiaques, mais je redoute les accidents pulmonaires lorsque j'ai à donner le chloroforme chez des malades ayant des sommets indurés, et dans le cas de pneumonie, je crois les inhalations chloroformiques dangereuses.

M. Trélat. Nous ne discutons pas en ce moment l'influence du chloroforme sur le cœur, et je ferai remarquer que la mort de la première malade citée par M. Lucas-Championnière doit être, contrairement à son opinion, imputée à l'opération qu'elle avait subie dix-huit jours auparavant.

M. Guéniot. Les affections du cœur ont leur influence évidente en obstétrique. Chez les femmes qui viennent d'accoucher, la plaie utérine, en dehors des causes ordinaires d'hémorrhagies, est prédisposée à cet accident par le fait de l'existence d'une affection cardiaque.

Étant interne à la Maternité, j'ai vu mourir subitement une femme récemment accouchée. Croyant à l'existence d'une embolie, je prévins M. Ball, qui préparait sa thèse sur ce sujet, et l'autopsie fut faite avec soin. Il n'y avait pas d'embolie mais un rétrécissement aortique très prononcé.

Les accouchées, comme les opérées, peuvent donc succomber brusquement à des accidents dans lesquels l'affection cardiaque préexistante et le traumatisme de l'accouchement ou de l'opération jouent un rôle.

M. Lucas-Championnière. Le premier fait que j'ai cité ne démontre qu'une chose, c'est que l'opération pratiquée par moi n'a pas empêché ma malade de mourir de son angine de poitrine, car elle était absolument guérie de son opération au moment de la mort. La relation qu'on veut établir *à posteriori* entre l'opération et la mort n'est appuyée sur aucune preuve.

M. Verneuil. On ne saurait, pour contester l'action du traumatisme sur les propathies, se baser seulement sur le temps écoulé entre le traumatisme et la mort. Si, par exemple, on ampute un phthisique pour une tumeur blanche, et si la guérison de l'amputation se fait rapidement, mais qu'un mois après le malade succombe à la tuberculose, faudra-t-il contester l'influence du traumatisme sur la marche de la phthisie? De même qu'un malade ayant un peu d'albumine dans l'urine soit opéré d'uréthrotomie interne. La petite plaie guérit rapidement, mais au bout de quinze jours l'albumine est devenue très abondante dans l'urine et l'opéré meurt. L'opération n'en aura pas moins été la cause de la mort, parce qu'il faut toujours un certain temps pour que la propathie s'aggrave au point de déterminer la mort.

De même encore qu'un individu atteint d'une affection cardiaque se fracture la jambe. Le membre fracturé s'œdématie d'abord, puis, au bout de quinze ou vingt jours, on voit l'œdème se produire du côté opposé et l'anasarque survenir. Dans ce cas, malgré le repos, la lésion primitive s'est aggravée, mais l'aggravation ne s'est pas produite du jour au lendemain. Quelque chose d'analogue s'est passé pour la malade dont nous a parlé M. Lucas-Championnière.

M. Humbert. Je ferai remarquer, pour ce qui concerne l'action du chloroforme, que le malade de l'observation de M. Schwartz n'est pas en cause, car il n'a pas été anesthésié. Pour ma part, je donne peu le chloroforme aux cardiaques.

Quant aux coïncidences, je les admets; mais il faudrait, je le répète, publier également, et en nombre, les faits dans lesquels le traumatisme a déterminé l'apparition d'accidents se rattachant à

un état pathologique antérieur et ceux dans lesquels il ne s'est rien produit. Alors seulement on pourrait établir une proportion.

Les conclusions du rapport, à savoir l'insertion du travail de M. Schwartz dans les *Bulletins*, sont mises aux voix et adoptées.

OBSERVATION. — *Anévrysme fusiforme de l'artère poplitée. — Athérome et artériosclérose généralisée. — Ligature de la fémorale à l'anneau du 3e adducteur. — Mort dix-huit jours après l'opération avec accidents cardiaques et cérébraux. — Autopsie,* par ED. SCHWARTZ, chirurgien des hôpitaux.

Le nommé Pierre (Ch.), âgé de 50 ans, cocher, vient nous trouver à la consultation de l'hôpital Beaujon dans les premiers jours de septembre, se plaignant d'un fort œdème de la jambe, de lourdeur et de pesanteur du membre inférieur droit qui s'accentuent de jour en jour et s'exaspèrent surtout lorsqu'il reste debout ou marche quelque temps. Il nous raconte qu'il a fait, il y a quinze jours, un violent effort en poussant une voiture et qu'il a senti dans le genou une vive douleur à laquelle aurait succédé une grosseur dont on constate l'existence dans le creux poplité droit. A la palpation, nous découvrons immédiatement les signes classiques d'un anévrysme et nous engageons vivement le malade à entrer dans notre service. C'est ce qu'il fit quelques jours après, le 16 septembre.

Voici ce que nous montre alors un examen local plus approfondi de la région poplitée droite.

Le creux poplité est presque complètement effacé par une tuméfaction qui occupe surtout sa partie supérieure, sans changement de coloration de la peau. En regardant obliquement la région, on voit les téguments soulevés par des pulsations isochrones au pouls.

La palpation permet de délimiter une tumeur grosse comme un petit œuf de pigeon, à diamètre vertical le plus grand, fluctuante et pulsatile. Elle est douée de mouvements d'expansion coïncidant avec la systole cardiaque ; la compression de l'artère fémorale sur le pubis arrête les pulsations et fait disparaître presque complètement la tumeur. A l'auscultation, on perçoit un souffle doux coïncidant avec la diastole artérielle. L'examen de la jambe nous montre qu'elle est œdématiée; les réseaux veineux y sont développés, surtout au niveau de la face postérieure dans le territoire de la saphène externe ; d'ailleurs, aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression.

Les mouvements du genou sont absolument libres.

Il n'était pas douteux qu'il s'agît d'un anévrysme de la partie supérieure de la poplitée, anévrysme que nous pensions être fusiforme à cause de sa forme allongée, en fuseau, et de sa disparition, on peut dire complète, lors de compression de la fémorale.

Voici maintenant ce que nous révéla l'examen du reste du système artériel. Le malade est un athéromateux. Toutes les artères que nous pouvons toucher, palper à travers les téguments, présentent les caractères

des artères athéromateuses ; dilatation et dureté plus ou moins considérables suivant les points. Ceci est surtout manifeste au niveau des radiales, au niveau des fémorales sur le pubis ; la fémorale du côté droit présente à son passage sous l'arcade crurale une dilatation notable et une résistance des parois très sensible. Cet état est moins net à gauche. L'examen de la poplitée de ce côté nous révèle aussi des battements exagérés ; sans qu'il y ait tumeur manifeste, il est permis de penser à une lésion au début, analogue à celle du côté droit. A l'auscultation du cœur, nous percevons un double souffle très fort, coïncidant avec le premier et le second temps ; ce dernier est comme râpeux ; la percussion nous révèle une hypertrophie cardiaque considérable et totale.

Il n'est pas douteux que nous ayons affaire à une aortite chronique avec insuffisance aortique et hypertrophie compensatrice du muscle cardiaque ; nous trouvons, d'ailleurs, très manifestement, en auscultant la fémorale, le double souffle intermittent crural de Duroziez. L'examen des urines ne nous révèle actuellement pas d'albumine ; le malade n'est pas polyurique.

Malgré ces désordres graves du côté du système vasculaire, la santé de Ch... est restée satisfaisante, et il ne serait certes pas venu nous trouver s'il n'était gêné très fortement dans l'exercice de sa profession, ainsi que nous l'avons déjà indiqué. En résumé, anévrysme fusiforme de l'artère poplitée chez un individu atteint de lésions étendues du système vasculaire. Tel était notre diagnostic ; c'est dire aussi que le pronostic était grave.

Deux ou trois jours de repos au lit dissipèrent complètement la douleur et l'œdème, mais l'anévrysme montrant plutôt de la tendance à augmenter, il nous parut indiqué d'intervenir en employant tout d'abord les méthodes et cures les plus inoffensives, tout en ne nous dissimulant pas les chances d'insuccès, vu la forme de la dilatation anévrysmale. Le malade reçut comme modificateur l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour et continua ce traitement pendant près de six semaines, pendant tout le temps qui sépara son entrée de l'opération définitive.

J'appliquai d'abord la bande d'Esmarch d'après les préceptes de Thomas Reid. Ch... ne toléra la compression que pendant trois quarts d'heure ; il nous fallut enlever le tube après ce temps ; l'on fit de la compression digitale ensuite pendant une heure ; on cessa devant la fatigue extrême exprimée par le malade.

Après cette première séance, les battements ont un peu diminué, mais dans la journée même ils reprennent leur force primitive.

Pensant ne pas retirer grand bénéfice de l'application de la bande élastique, qui était, d'ailleurs, très mal tolérée, je fis faire à Ch... des séances de flexion forcée du genou ; quoiqu'il s'y prêtât très bien et que la flexion forcée fût supportée pendant trois jours avec interruption presque complète des battements, nous n'obtînmes encore aucun résultat. Il en fut de même pour la compression digitale avec sac de

plomb, pour la compression avec le compresseur de Broca, puis de Larrey. Tout battement disparaissait pendant l'application; mais les pulsations, quoique moins fortes, reparaissaient aussitôt le compresseur enlevé.

Comme la tumeur augmente plutôt qu'elle ne reste stationnaire, nous proposons la ligature de la fémorale, qui est acceptée. Le traitement par les méthodes de douceur avait duré près de six semaines, depuis le 18 septembre jusqu'au 2 novembre.

En somme, si nous n'avions rien gagné au point de vue de la tumeur, puisque les battements étaient presque aussi forts qu'au premier jour, et qu'elle avait augmenté de volume, nous avions du moins le bénéfice d'avoir élargi les voies collatérales et, par conséquent, de moins risquer la gangrène à la suite de la ligature. Certes, si la tumeur était restée stationnaire, je n'aurais pas songé à intervenir, vu les altérations générales du système artériel, vu les chances que j'avais de tomber sur une artère malade au niveau de la ligature. Je ne me dissimulai donc pas les mauvaises conditions dans lesquelles j'entreprenais l'opération; j'étais décidé, si après mon incision, conduite jusque sur la fémorale, je trouvais celle-ci très altérée et incapable de supporter la striction légère, mais oblitérante, d'un gros catgut, à refermer la plaie sans placer la ligature.

Si, au contraire, les parois ne me semblaient pas très altérées, j'espérais, en serrant peu le fil, éviter la section complète de l'artère, tout en empêchant le sang de passer, grâce à la résorption du catgut et à la conservation de la tunique celluleuse; je comptais, bien entendu, sur l'antisepsie pour rendre le traumatisme le moins nocif possible.

Le malade était atteint d'une insuffisance aortique; je ne voulus pas donner de chloroforme; on lui administra le matin 2 grammes de chloral et 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine en injection. Le membre étant bien lavé à la solution phéniquée au 1/40 après application de la bande et du tube d'Esmarch à la racine de la cuisse, je pratique l'incision classique pour la ligature à l'anneau. Incision de 10 centimètres environ; le sujet est, en effet, très gras, et nous avons une épaisse couche de parties molles à traverser. Découverte du tendon du 3e adducteur après renversement du couturier en dedans. Incision du canal de Hunter; il est difficile de reconnaître l'artère à la vue; elle est entourée d'une gangue celluleuse épaisse; mais on sent ses battements; le toucher nous fait constater qu'elle est altérée, que ses parois sont épaissies, mais non calcaires. Dénudation très difficile; adhérence à tous les tissus périphériques, mais surtout à la veine qui est appliquée derrière elle et envoie au-devant d'elle plusieurs rameaux qu'il nous faut sectionner entre deux pinces sur lesquelles on applique ensuite des ligatures.

L'artère dénudée, on passe au-dessous d'elle, avec l'aiguille de Cooper, un catgut n° 4, spécialement préparé, bien souple, et je fais la ligature progressive en serrant très peu, juste suffisamment pour oblitérer complètement le vaisseau et permettre la formation du caillot. Je ne sens pas le craquement produit par la rupture des deux tuniques

internes. Le tube d'Esmarch est enlevé en même temps qu'on fait la ligature.

Le catgut n'est pas coupé au ras; un des chefs du fil est sectionné; l'autre servira de drain, une fois que le tube de drainage sera enlevé; on le coupera au ras de la plaie, suturée au crin de Florence. Un drain de 5 centimètres est placé à l'angle inférieur.

Lavage au sublimé au 2/10000, gaze iodoformée et ouate de bois au sublimé comme pansement. On explore les battements de l'anévrysme, qui ont totalement disparu. On sent la tumeur molle, non résistante.

Le membre inférieur est élevé sur un coussin et entouré de coussins de sable chaud et d'ouate.

Le pansement est changé le lendemain, le drain est raccourci de moitié; il n'y a presque pas de sécrétion de la plaie. Le malade est légèrement oppressé et présente des inégalités du pouls qu'il n'avait pas avant l'opération.

Le membre a une température normale; aucun signe d'arrêt, ou même de difficulté de la circulation; l'anévrysme ne bat plus; la tumeur sensible est molle et fluctuante comme hier. Les sacs de sable chaud ont été appliqués à une température tellement élevée qu'ils ont déterminé deux brûlures au premier et au deuxième degré au talon, sur la malléole externe et à la face postérieure de la jambe; le malade en a beaucoup souffert.

Les jours suivants, les phénomènes d'asystolie se dessinent d'une façon plus intense; l'opéré est pâle, respire difficilement; le pouls est fréquent, irrégulier et inégal, aucune élévation de température.

La plaie marche normalement; le drain est retiré le sixième jour. Il n'y a pas eu suppuration; les fils sont enlevés. Il y a un léger suintement séreux au niveau du trajet du drain. Les brûlures, pansées au liniment oléocalcaire, se dessinent nettement et sont plus profondes qu'on ne l'avait pensé de prime abord. Elles sont du troisième degré au niveau du talon. Aucun signe de mauvais augure du côté de la circulation du membre inférieur.

J'ordonne une potion de $0^{gr},80$ de feuilles de digitale contre les accidents cardiaques. Elle est diminuée de $0^{gr},20$ par jour jusqu'à $0^{gr},20$ de poudre à partir du dixième jour. L'anévrysme devient dur et diminue de volume. Malgré tout, à partir du 18 novembre, le malade est pris de temps en temps d'accès de subdélirium; il se lève, enlève son pansement, est agité. Malgré tout, la plaie de la cuisse ne se désunit pas; le catgut laissé en guise de drain est résorbé; mais le trajet suppure, tandis que les jours précédents il n'y avait qu'un peu de liquide séro-purulent. Les accidents cérébraux augmentent encore les jours suivants; la parole s'embarrasse; l'on constate, le 21 novembre, de l'œdème des membres inférieurs aussi bien à droite qu'à gauche; les battements du cœur, quoique plus réguliers qu'au début, sont rapides et inégaux.

Mort subite le 23 novembre, à cinq heures du matin. J'avais quitté le service depuis le 15 novembre; aussi n'ai-je pas eu l'occasion d'examiner les urines.

AUTOPSIE LE 24 NOVEMBRE. — *Examen du membre opéré.* — Nous

constatons d'abord que la plaie est réunie sur toute sa longueur, malgré les mouvemeuts du malade dans les derniers jours, malgré les défectuosités qu'a nécessairement présentées le pansement, excepté au niveau du drain, où une sonde cannelée pénètre à 3 centimètres environ de profondeur. L'incision de la cuisse dans toute sa longueur, suivant le trajet de la fémorale, nous permet de découvrir et d'isoler ce vaisseau depuis l'arcade crurale jusqu'à la partie inférieure du creux poplité, lorsque l'artère se divise en troncs tibio-péronier et tibiale antérieure. La dissection nous montre une union intime de la veine et de l'artère sur toute l'étendue, et principalement sur la partie inférieure. L'artère présente en haut des collatérales très dilatées dans toute l'étendue qui précède la naissance de la fémorale profonde ; elle est elle-même dilatée et épaissie ; au-dessous, elle se présente sous la forme d'un cordon plein, cylindrique, dur; la coagulation s'est donc effectuée jusqu'au niveau de l'origine de la fémorale profonde. Elle est disséquée de haut en bas ; la veine lui est intimement unie. Quand nous arrivons au niveau de la ligature, cette union est encore plus intime ; le catgut a complètement disparu ; mais l'artère, séparée du trajet du drain par une épaisseur de tissus de cinq centimètres environ, est sectionnée dans les trois quarts de sa circonférence dans toute son épaisseur; le quart postérieur seul est intact. Le caillot obturateur oblitère complètement les deux bouts artériels ; il se continue en bas jusque dans l'anévrysme et au-dessous de lui, pour arriver à la division en tronc tibio-péronier et tibiale antérieure. L'anévrysme est détaché de la face profonde du creux poplité; il repose sur l'articulation; il a une longueur de 6 centimètres, dont 4 1/2 au-dessus de l'interligne articulaire, 1 1/2 au-dessous; son épaisseur et sa longueur sont de 3 centimètres; il est nettement fusiforme : l'artère y entre à sa partie supérieure pour en ressortir au point diamétralement opposé. Il est absolument dur. Le nerf est situé en dehors de lui et ne subit aucune compression appréciable. La veine s'est creusé une loge dans sa paroi et lui est intimement unie ; depuis la plaie et la ligature jusqu'à l'anévrysme même elle est thrombosée; elle ne l'est pas dans sa portion crurale au dessus de la ligature artérielle.

La section de l'anévrysme de haut en bas nous montre une épaisse couche de caillots en lames à la périphérie, et au centre une cavité remplie de caillots noirs (passifs) et de sang encore liquide. La paroi solide de l'anévrysme a certainement un centimètre d'épaisseur.

Son organisation semble dater d'assez longtemps pour qu'il soit impossible de penser que ces modifications ne remontent qu'à la ligature; elles lui sont certainement antérieures, et peuvent être attribuées à la compression indirecte.

Examen des autres organes : cœur et aorte. — L'aorte est énormément dilatée; elle a le triple de son volume; sa section nous montre qu'elle est comme pavée de plaques calcaires. Insuffisance aortique très manifeste. Cœur énorme (cor bovinum), hypertrophié dans sa musculature surtout ; athérome des artères coronaires.

Poumons sains; un peu d'œdème pulmonaire.

Reins. — Néphrite interstitielle au début, très manifeste; quelques kystes; l'examen *post mortem* des urines nous a révélé de grandes quantités d'albumine.

Foie muscade.

Cerveau. — Congestion veineuse considérable; œdème sous-pie-mérien; piqueté manifeste de la substance cérébrale; ni hémorrhagie, ni ramollissement, malgré un athérome très prononcé de toutes les artères cérébrales.

Telle est l'observation que nous avons l'honneur de vous soumettre.

Elle nous a semblé digne d'attirer l'attention à plusieurs titres:

1° Influence néfaste d'un traumatisme sur l'appareil circulatoire entaché d'artériosclérose; apparition d'accidents du côté du cœur et du cerveau, allant jusqu'à déterminer la mort de l'opéré.

Ce fait, déjà très connu, avait été prévu, moins l'intensité des complications, et si j'avais reculé pendant si longtemps devant l'intervention, c'était en grande partie parce que je connaissais les cas malheureux déjà observés dans ces circonstances par un grand nombre de chirurgiens.

Ce n'est que devant l'accroissement de l'anévrysme que je me suis décidé à agir.

2° La ligature a déterminé une oblitération vasculaire très étendue de la fémorale, de la poplitée et de la poche anévrysmale elle-même; de plus une thrombose de la veine fémorale dans une étendue de 8 centimètres environ, sans que pour cela il y ait eu à aucun moment menace de gangrène.

Nous croyons que la compression préventive, ainsi que l'avait déjà indiqué Broca, a été notre sauvegarde dans le cas actuel; elle a préparé les voies collatérales destinées à rétablir la circulation dans la jambe, après la ligature et l'oblitération du vaisseau artériel.

3° Quoique le catgut ait été excellent, puisqu'il était complètement résorbé, et cela au bout de 12 jours déjà, moment où le chef faisant drain avait disparu, l'artère a été coupée dans les 3/4 de sa circonférence; la tunique celluleuse n'a elle-même pas résisté, quoique nous eussions pris la précaution de ne serrer le fil que juste ce qu'il fallait. Il semble donc que dans les cas de lésions peu avancées des artères atteintes de sclérose il ne faille pas trop compter sur l'efficacité de la ligature au catgut, même sous le pansement antiseptique. La tunique celluleuse altérée, épaissie, se coupe, comme les autres tuniques, avant que le fil soit complètement résorbé.

4° La ligature a été efficace au point de vue de la cure de l'ané-

vrysme, qui était totalement oblitéré par des caillots fibrineux, stratifiés à la périphérie, par des caillots fibrino-globulaires dans sa partie centrale.

Il est impossible d'attribuer tout le résultat à la ligature, et il est certain que la compression, malgré l'augmentation réelle de la poche qui nous a amené à opérer, avait donné lieu au dépôt de caillots sur la paroi anévrysmale et commencé le travail de l'oblitération.

Présentation de pièce.

M. Nepveu présente une pièce pathologique de *pseudarthrose de la jambe.*

De l'atrophie des fragments à la période de croissance dans les pseudarthroses de jambe, par le Dr G. Nepveu.

Les pseudarthroses de la jambe qui, chez l'adolescent ou l'adulte, datent de la première enfance, ont une physionomie particulière et forment, en réalité, une variété à part. L'atrophie en longueur, l'arrêt de développement du membre, les différencient nettement des pseudarthroses chez l'adulte.

Les quelques faits que j'ai pu rassembler dans les auteurs ne font que confirmer cette manière de voir dont l'observation suivante a été l'origine.

Jeanne Ollé, âgée de 16 ans, entre le 6 octobre dernier, salle Lisfranc (service de M. Verneuil), pour une pseudarthrose de la jambe.

Elle raconte qu'à peine âgée de 6 semaines, sa nourrice la laissa tomber sur le sol, et que dans sa chute elle se fit une fracture de la jambe gauche au tiers inférieur. Elle resta sans soins jusqu'en 1872. Sa mère vint la voir alors et appela un médecin qui lui prescrivit un appareil prothétique.

Vers 6 ans sa mère la conduisit à M. de Saint-Germain qui lui fit mettre un autre appareil et lui recommanda l'électrisation régulière des muscles de la jambe.

Avec cet appareil, la marche, bien que difficile, lui était cependant possible, mais tous les hivers, elle souffrait beaucoup d'engelures; la jambe et le pied devenaient violacés et se couvraient de vésicules, point de départ de vives cuissons, de lymphangites légères et d'ulcérations trophiques.

Tout ce membre s'atrophiait sensiblement.

La santé de la jeune infirme était cependant excellente bien qu'elle ne fût pas réglée depuis trois mois environ.

L'examen de la pseudarthrose est très intéressant : le pied s'incline

facilement comme un fléau de tous les côtés; la laxité des moyens d'union qui réunissent les deux fragments est telle que, lorsqu'on fait lever la jambe à la malade dans son lit, la partie inférieure de la jambe se met à angle droit avec le reste du membre.

L'écart perceptible entre les fragments est d'environ deux bons travers de doigt. Les fragments supérieur et inférieur sont non seulement très distants mais encore très effilés et se terminent en pointe. Aussi la partie inférieure de la jambe est-elle absolument inutile à la jeune fille. Malgré l'appareil elle ne peut appuyer sur la plante du pied que très légèrement; la marche régulière est impossible.

De plus, tous les hivers, la jambe est parsemée de vésicules d'engelures trop faciles à éclore sur ce membre atrophié.

L'atrophie en longueur est notable; la jambe gauche a 10 centimètres de moins que la droite; le pied gauche a 3 centimètres de moins que le droit; l'épaisseur de la jambe gauche au-dessous de l'articulation du genou est de 3 centimètres moindre qu'à droite; la cuisse du même côté a 2 centimètres de moins que sa congénère. Si on palpe soigneusement le membre, on trouve que dans toute son étendue le tissu graisseux sous-cutané a atteint une épaisseur de 4 centimètres; tandis qu'à droite les muscles se sentent presque immédiatement sous la peau, à gauche, on ne les atteint avec le toucher qu'à grand peine; de plus cette graisse est très molle et presque fluctuante.

La circulation artérielle est réduite au minimum, l'artère fémorale est très petite comparée à sa congénère. La sensibilité au froid, à la douleur, au contact n'a éprouvé aucune altération.

La malade, malgré cette atrophie plus réelle qu'apparente, masquée qu'elle est par l'adipose si considérable du tissu cellulaire, peut encore faire exécuter à son pied de nombreux mouvements; ces mouvements sont, il est vrai, sans grande énergie, mais tous les muscles, interrogés soigneusement l'un après l'autre, répondent facilement à l'incitation volontaire dans une très faible proportion.

En résumé, malgré un appareil prothétique très soigné, la jeune fille se sert très difficilement de son membre; la partie inférieure de la jambe est devenue pour elle un appendice inutile, douloureux et très gênant; il n'y a pas lieu d'espérer quelque résultat favorable d'une opération directe sur la pseudarthrose : l'atrophie des os est trop considérable, les bouts osseux trop effilés et leur écartement trop grand pour qu'on puisse espérer quelque résultat d'une résection.

Cette opération ne ferait encore qu'augmenter le déficit de longueur du membre, qui de 10 centimètres passerait à 17 ou 20 centimètres.

M. Verneuil, après avoir soigneusement exposé dans sa clinique tous ces arguments; conclut en faveur de l'amputation et l'exécute, le 21 octobre dernier, en taillant deux lambeaux, antérieur et postérieur. Quelques points de suture les réunirent et le tout fut entouré d'un pansement iodoformé.

La guérison est presque achevée en ce moment et n'a été traversée par aucun incident.

Jamais la température de la malade n'a dépassé 38°

La dissection minutieuse du moignon a surtout attiré mon attention.

Le squelette est très atrophié; les extrémités supérieure et inférieure du tibia et du péroné se terminent en pointe et atteignent à peine à leur sommet l'épaisseur du petit doigt. A 10 ou 15 centimètres de distance de la pseudarthrose la coupe transversale du tibia et du péroné présente à peine en épaisseur le volume du tibia et du péroné d'un enfant de 5 ou 6 ans. Une coupe longitudinale pratiquée sur chaque extrémité fait constater sur une longue étendue la disparition du canal médullaire et la sclérose ou le peu de vitalité du tissu osseux.

Les extrémités osseuses sont chacune distantes l'une de l'autre d'environ 4 centimètres et réunies l'une à l'autre par un épais trousseau fibreux qui partant du périoste, les entoure à longue distance comme un manchon.

Une cavité, remplie de sang noir sirupeux, grosse comme une toute petite noisette se trouve entre cet énorme trousseau fibreux et l'extrémité supérieure du fragment inférieur du tibia et du péroné. Ces cavités doivent être considérées comme de véritables petites synoviales ; le sang qui s'y trouve amassé s'y sera montré à la suite de l'application de la bande d'Esmarch pendant l'amputation.

Le trousseau fibreux dont nous venons de parler est aussi volumineux que le tibia, dense et très solide, sans vascularisation aucune ; il présente par places quelques cellules de cartilage. C'est un vrai cal fibreux et, par cet énorme volume, cette variété de pseudarthrose se distingue de toutes les autres.

Les vaisseaux sont tous très atrophiés, et notamment les artères tibiales antérieure et postérieure qui atteignent à peine le volume d'une plume de corbeau et dont le calibre est diminué encore par la sclérose des parois. Ces nerfs sont réduits à de petits cordons mais ne présentent pas d'altération autre que le petit volume des fibres nerveuses.

Les muscles rouges et paraissant bien portants montrent à la macération dans le liquide antiseptique quelle était l'étendue véritable de leur atrophie et de leur altération graisseuse.

En résumé la dissection du moignon montre à l'évidence qu'aucune autre solution pratique n'était plus légitime que l'amputation.

Nous avons aussi à soulever un autre problème. Quelle est l'origine de cette atrophie? Est-ce seulement à une *atrophie d'inactivité*, que nous avons affaire, nous ne le croyons pas; le *système nerveux* semble jouer un rôle important dans l'espèce, le processus atrophique s'est vraisemblablement étendu et propagé jusque dans la moelle épinière et a frappé les centres nutritifs de l'extrémité tout entière. Ce qui semble le prouver ce sont ces troubles trophiques qu'on observe dans tout le membre. Ce n'est pas tout : *l'inflammation répétée des fragments* réunie aux causes précédentes, a pu retentir à des titres divers sur les cartilages de conjugaison et arrêter ainsi le développement en longueur du membre, soit

en produisant une ossification prématurée, soit en les atrophiant.

Le problème est plus complexe que ne le pense Pœnsgen (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1886, n° 15, Ueber Atrophien ausgewachsener Knochen bei Pseudarthrosen).

J'ai recherché dans la littérature médicale quelques cas analogues, c'est-à-dire des pseudarthroses produites à la suite de fractures congénitales, tocologiques ou infantiles et pour lesquelles le chirurgien avait été très tardivement appelé, dans l'adolescence ou à l'âge adulte.

Ces faits sont extrêmement rares; on n'en trouve pas dans les auteurs classiques qui n'ont pas, du reste, soupçonné l'existence de cette petite variété et l'importance de l'atrophie d'inactivité au point de vue de leur traitement.

Bérenger-Féraud [1] n'en parle point et cependant, dans son livre, j'ai pu trouver quelques cas, de même que dans le traité de Paul Bruns [2] sur les fractures en général.

J'ai pu rassembler dans les auteurs 11 cas de ce genre. Sur ces 11 cas, 5 ont été traités par l'amputation (faits de Guersant, Ollier, Simon, Socin, Bruns). Ce n'est pas d'emblée que cette opération a été faite. Le plus souvent, la pseudarthrose avait eu une durée considérable pendant laquelle on avait fait une thérapeutique plus ou moins active. La pseudarthrose datait de 15 ans (Ollier), 13 ans (Simon), 11 ans (Socin), 8 ans (Bruns), 6 ans (Guersant). On conçoit l'atrophie considérable de fragments au bout d'un temps si long. Dans le fait de M. Verneuil, la durée n'avait pas été moindre : 16 ans 1/2. Aussi n'est-on pas étonné d'apprendre que ces divers chirurgiens aient vu échouer entre leurs mains les traitements les plus divers. Les cautères, les sétons, les frictions, l'ignipuncture, les chevilles d'ivoire (Simon), et la résection (Bruns, Ollier, Simon).

Ce n'est donc que de guerre lasse et en face de conditions anatomiques inéluctables qu'on a fait l'amputation. La dissection du moignon, dans quelques-uns de ces cas, a révélé une atrophie considérable des extrémités des fragments. Ils étaient réduits au volume d'un crayon (Socin et Bruns), d'un porte-plume (Ollier).

L'atrophie en longueur n'était pas moins étonnante (15 cent. Socin, Simon), comme dans le cas de M. Verneuil. Les muscles avaient presque entièrement disparu (Socin, M. Verneuil).

Une masse fibreuse considérable reliait les fragments (Bruns). C'est la seule observation qui se rapproche un peu de la nôtre à ce

[1] *Traité des fractures non consolidées ou pseudarthroses*, 1871.
[2] *Deutsche Chirurgie.*

point de vue. Socin a remarqué une couche de cartilage à la surface des os.

L'amputation était donc nécessaire et par l'étude des autres observations dans lesquelles on n'a pas eu recours à ce moyen extrême, on peut voir de quelle utilité elle aurait pu être. Dans l'observation de Curling, la résection n'a amené aucun résultat; c'était une fracture *intra partum* dont le traitement sérieux n'avait commencé que 4 ans après l'accident. Chez les quatre petits opérés de Volkmann par la résection, de l'aveu de Volkmann même, il n'y eut non plus aucun résultat favorable.

De Guise ne semble pas avoir fait subir un traitement opératoire à son malade. La résection donc est une mauvaise opération pour des cas semblables. Si aux 5 cas de résection dont nous venons de parler, on ajoute les 3 cas de résection suivis d'amputation, on voit que la résection a échoué toujours (8 cas de résection sur 11 observations).

Maintenant on pourrait se demander si les pseudarthroses infantiles de courte durée traitées, presque immédiatement après leur production, guérissent facilement. On n'a malheureusement pas de faits assez nombreux pour répondre à cette question.

Cependant les observations de Brodie[1], Bowmann[2], Bell[3], Guersant[4], semblent montrer que les résultats ne sont guère satisfaisants, tandis qu'au contraire Val. Mott[5] guérissait par la résection une pseudarthrose d'origine intra-utérine au bout de quatre mois.

En résumé, les pseudarthroses de jambe qui datent de l'enfance et qui se prolongent un certain temps présentent, en même temps qu'une atrophie générale de tous les tissus, une diminution de longueur du membre et une atrophie des extrémités osseuses qui en font une catégorie à part.

Les pseudarthroses prolongées de la période de croissance sont traitées sans succès par la plupart des méthodes usuelles; la résection a échoué dans tous les cas où elle a été tentée (8 fois sur 11); la méthode de choix paraît être, dans les cas très prononcés, l'amputation, non pas dans la pseudarthrose, mais en lieu utile, au-dessus de la fausse articulation.

De Guise (*Bull. de la Soc. de chir.*, 5 avril 1848) présente à la Société un enfant venu au monde avec une pseudarthrose du tibia.

[1] Brodie, *Lond. medic. Journal*, 1835, p. 310.
[2] Bowmann, *The Lancet*, 1852, p. 188.
[3] Bell, *Voyage à Londres*, par Roux, p. 207.
[4] Guersant, *Soc. de Chir.*, 1854,
[5] *Traité de l'immobilisation directe des fragments*, p. 271.

M. Maisonneuve assure que la maladie est très rebelle; le péroné étant solide, dit-il, empêche la réunion des fragments osseux.

GUERSANT (Chalvet, *Bull. de la Soc. anatomique*, 2e série, t. V, p. 49; 1854).—Petite fille de 8 ans 1/2. Vers l'âge de 3 mois s'était fracturé la jambe chez sa nourrice. Consolidation vicieuse. Rupture 2 ans après par un médecin. Seconde consolidation impossible. Insuccès des sétons, cautères, appareils inamovibles, de la rugination, de la *résection* des fragments vers 8 ans 1/2. Guersant lui *ampute* la jambe, les fragments étaient terminés en pointe.

CURLING (*Lond. medic. Times*, 1885, p. 425). — Garçon de 4 ans, 1855. Fracture de jambe au tiers supérieur, faite pendant l'accouchement. — *Résection* des fragments à 4 ans. Aucun résultat.

BRUNS (*Deutsche Chirurgie*, p. 555, in *Die Lehre von den Knochenbrüchen*). — Jeune fille de 8 ans qui avait une pseudarthrose au milieu de la jambe datant des premiers mois ou de la naissance. La pseudarthrose était flottante. A l'âge de 2 ans, friction, ignipuncture, électropuncture; plus tard, *résection* avec suture. Aucun résultat. — Impossibilité de se servir du membre; *amputation* à l'âge de 8 ans. Dans le foyer de la fracture, les fragments sont très atrophiés, pointus et reliés par une courte masse fibreuse.

OLLIER (*Traité des résections*, 1885, t. I, p. 536).—Jeune homme de 15 ans; pseudarthrose du tiers inférieur de la jambe, datant de l'enfance; la partie périphérique du membre est très atrophiée, le pied a subi un grand arrêt de développement, environ 5 à 6 centimètres; le foyer de la fracture est courbé à angle droit. Les os sont énormément atrophiés, le tibia à peine épais de 1 centimètre, le péroné gros comme un porte-plume; aucun succès dans le traitement. *Amputation.*

SOCIN (*Jahresber. der chir. Klinik zu Basel. f.*, 1878, p. 87). — Fille de 17 ans. Pseudarthrose du tiers inférieur de la jambe datant de l'âge de 6 ans. Jambe très atrophiée. Raccourcissement de 15 centimètres. Pied de forme infantile, 6 centimètres de raccourcissement, à peine mobile. — Chevilles d'ivoire sans succès.
Amputation. — Dissection; musculature presque entièrement disparue; os de l'épaisseur d'un crayon, extrémités osseuses cartilagineuses et entourées d'une capsule cartilagineuse.

SIMON (*Deutsche Klinik*). — Petite fille de 8 ans. Pseudarthrose du tiers inférieur de la jambe depuis 2 ans, raccourcissement de la jambe de 10 centimètres, grande mobilité de la pseudarthrose. — Extrémités pointues revêtues d'une couche cartilagineuse; in-

terposition entre les fragments de l'extenseur propre du gros orteil. Séton, cautérisation, résection sans succès. *Amputation.*

VOLKMANN a observé quatre enfants de l'âge de 6 mois à 4 ans qui avaient eu une pseudarthrose de jambe au tiers inférieur à la suite de fracture pendant l'accouchement. Dans aucun de ces cas, la résection répétée des fragments n'avait amené de guérison à cause de l'énorme atrophie des fragments.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

E. DELENS.

Séance du 24 novembre 1886.

Présidence de M. HORTELOUP.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *The diagnosis and treatment of diseases of the kidney amenable to direct surgical interference*, par BRUCE CLARKE, chirurgien assistant à l'hôpital Saint-Barthélemy à Londres;

3° *Tumeurs dermoïdes de la région sacro-coccygienne et de la région sus-hyoïdienne,* par M. MASSE, professeur à la Faculté de Bordeaux (Commission : MM. Sée, Nepveu et Kirmisson);

4° *Zur Kasuistik des Fœtus amorphus s. anideus ;* — et *Eine bisher einzig dastehende Beobachtung von Polymastie mit zehn Brustwarzen*, par Franz L. NEUGEBAUER (Junior), in Warschau;

5° M. FARABEUF demande un congé pendant la durée de son cours (renvoi à la Commission des congés);

6° M. BERGER, retenu par un concours d'internat, s'excuse de ne pas assister à la séance;

7° M. Lucas-Championnière offre à la Société un *Traité de la cure radicale des hernies*, résumé de sa pratique personnelle;

8° *Tumeur vasculaire de l'ombilic; hémorrhagie; guérison*, par le Dr Colombe (de Lisieux) (Commissaire : M. Polaillon).

Rapport.

M. Farabeuf fait un rapport oral sur un travail intitulé : *Deux cas d'épithélioma de la face interne de la joue; opération; guérison*, par le Dr Piéchaud et conclut à ce qu'il soit inséré dans les *Bulletins*.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Deux cas d'épithélioma de la face interne de la joue. — Opération. — Guérison, par le Dr Piéchaud, agrégé et chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Ayant rencontré, aux mois d'août et de septembre 1885, dans le service du professeur Lanelongue que je suppléais pendant les vacances, deux malades atteints d'épithélioma de la face interne de la joue, je cherchai par quel procédé je pourrais opérer sans délabrements, après anesthésie complète.

Je ne crois pas utile de rapporter ici dans tous leurs détails ces deux observations; je les réduis aux renseignements nécessaires à cette communication.

M. B..., âgé de 60 ans, habitant les environs de Dax, entre en août 1885 à l'hôpital Saint-André, salle 17. Il y a dix-huit mois, il s'aperçut qu'au niveau de la commissure labiale gauche il avait une petite ulcération, entourée de tissus indurés, et empiétant un peu sur la face interne de la joue correspondante.

Malgré les traitements empiriques variés qu'il entreprit, le mal s'étendit sur la muqueuse génienne, et, progressivement, gagna toute sa surface, occasionnant quelquefois de petites hémorrhagies et provoquant toujours des douleurs surtout pendant la mastication.

Quand nous examinons cet homme, nous trouvons à la commissure une ulcération fort peu étendue qui n'a pas entamé la peau; mais dans une zone de 1 centimètre et demi autour de la commissure, on découvre une induration bosselée présentant tous les caractères de la tumeur épithéliale. L'ulcération non seulement occupe la muqueuse voisine de la commissure, mais s'étend à toute la surface interne de la joue, jusqu'à l'apophyse coronoïde en arrière, et de l'arcade dentaire supérieure à l'arcade dentaire inférieure. Les gencives ne sont pas intéressées. La tumeur, en somme, a exactement les limites de la joue sans les

dépasser. Bourgeons durs, fongueux, recouverts d'enduits grisâtres, fournissant sans interruption un ichor fétide; tels sont les caractères de cette lésion épithéliale.

La peau de la joue est saine dans toute son étendue, sauf dans la région proche de la commissure; elle est libre d'adhérences, et la palpation fait de suite comprendre qu'il sera facile de tailler en dehors des lambeaux cutanés, et d'éviter ainsi une fâcheuse perte de substance.

Le second malade s'est présenté quelques jours plus tard dans des conditions analogues, mais avec une lésion moins étendue. L'ulcération intéressait peu la commissure, avait envahi seulement la moitié antérieure de la surface interne de la joue, sans empiéter sur les gencives en haut et en bas, et s'arrêtait dans le pli muqueux.

A cause de l'importance considérable de la tumeur de mon premier malade, je me trouvais dans la nécessité de faire une opération large pour dépasser les limites de l'épithélioma. Une telle intervention devait amener une vaste perte de substance, produire nécessairement une hémorrhagie abondante du côté de la cavité buccale, et rendre ainsi très difficile l'anesthésie que pourtant le malade réclamait avec insistance.

Prolonger la fente labiale par une large section comprenant toute l'épaisseur de la joue, ou bien recourir à une incision curviligne remontant vers la branche montante du maxillaire inférieur, et permettant ainsi de décoller la peau de la région de bas en haut, ne me parurent pas des procédés satisfaisants, d'autant plus que j'avais à ménager le nerf facial et que je voulais anesthésier le sujet. Je m'arrêtai donc au procédé suivant qui me semblait répondre parfaitement au but que je me proposais. Sur les dessins fort bien exécutés par M. Tricot, interne, et que je joins à cette observation, on peut voir les quatre temps de cette opération dont l'exécution n'a pas demandé plus de trois ou quatre minutes :

1° Après anesthésie complète, et à 1 centimètre et demi en arrière de la commissure, je plonge le bistouri de façon à ne traverser que la peau et les parties saines sous-jacentes, en dehors de la zone indurée, et je prolonge en arrière la section des mêmes tissus jusqu'à la branche montante du maxillaire inférieur;

2° Sur la partie antérieure de cette incision horizontale, je fais tomber obliquement deux incisions plus petites qui longent, sans l'intéresser, la partie indurée des tissus qui avoisinent la commissure malade, et j'obtiens ainsi le tracé de deux lambeaux triangulaires, l'un supérieur, l'autre inférieur. Rapidement disséqués dans le tissu cellulaire et les muscles, ces deux lambeaux découvrent les parties profondes, comme le montre la figure 2. Quelques liga-

tures sur la faciale et deux ou trois artérioles, appliquées séance tenante, suppriment tout écoulement de sang.

J'introduis alors le doigt dans la bouche, où pas une goutte de sang ne s'est encore écoulée, — la cavité buccale n'ayant pas encore été ouverte, — et je m'assure que la dissection des deux lambeaux a partout dépassé les limites de l'épithélioma.

Saisissant alors de forts ciseaux, je sectionne obliquement la lèvre supérieure et la lèvre inférieure pour rejoindre les deux premières incisions obliques, de manière à comprendre tous les tissus en avant de l'induration péri-commissurale. Puis, sans hésiter, je poursuis par deux derniers grands coups de ciseaux, en haut et en bas, la section de la muqueuse autour de la tumeur jusqu'au maxillaire en arrière. C'est à peine s'il s'écoule dans la bouche quelques grammes de sang.

J'ai pu constater que, dans le cours de cette opération, le canal de Sténon coupé vers sa partie moyenne, ne venait point se perdre sur les bords de ce lambeau; j'augurai dès lors qu'il n'apporterait aucun obstacle à sa cicatrisation, puisqu'il viendrait s'ouvrir librement non pas au voisinage de la suture, mais beaucoup plus haut.

Toute crainte d'hémorrhagie écartée par quelques ligatures sur des troncs isolés et peu importants, je fais la suture avec des crins. Les deux incisions obliques antérieures, supérieure et inférieure se rapprochent de façon à ne faire qu'un trait vertical, et les deux lambeaux cutanés viennent au contact pour tracer une ligne horizontale. L'ensemble a la forme d'un T.

La cicatrisation, très régulière, nous a montré qu'ainsi la joue ne présentait aucune difformité, et que la cicatrice cachée en grande partie dans la barbe, deviendrait à un moment donné presque insensible. Il n'y a point eu de paralysie faciale.

Séduit par le résultat de cette première opération, je n'hésitais pas quelques semaines plus tard à recourir au même procédé, sur le second malade dont j'ai très brièvement rapporté l'observation dans les premières lignes de ce court mémoire.

Les détails dans lesquels je suis précédemment entré me permettent de ne pas insister davantage sur le manuel opératoire. Au lieu de prolonger l'incision horizontale jusqu'à la branche montante du maxillaire, je m'arrêtai un peu en arrière du milieu de la joue pour ménager, autant que possible, la muqueuse saine, me proposant, si je le pouvais, de l'amener au contact de la commissure et obtenir ainsi un meilleur et plus prompt résultat.

En effet, les sutures terminées, je renversai doucement la joue en dehors, et saisissant alors les bords de la muqueuse coupée sur la face interne de la joue, bien certain de n'avoir pas cette fois

intéressé le canal de Sténon, je l'attirai peu à peu sous la commissure et la fixai à la peau par plusieurs points de suture.

Le résultat, très rapidement obtenu sans accident, a été des meilleurs. Six jours après, le malade quittait l'hôpital complètement guéri. La cicatrice, à peine visible, a dû peu de temps après disparaître dans la barbe que le malade portait ordinairement assez longue.

Ces deux faits me permettent de tirer les conclusions suivantes :

Anesthésie chirurgicale simple, comme s'il ne s'agissait pas d'une opération étendue sur la bouche.

Écoulement de sang dans la cavité buccale, nul pendant le premier et le deuxième temps, presque nul pendant le troisième temps.

Pas de complications opératoires du côté des organes de la région : facial ou canal de Sténon.

Rapidité de l'opération quoique portant sur une lésion profonde et étendue.

Résultat excellent au point de vue esthétique.

Discussion.

M. Verneuil. Je ne connais pas de région où l'épithélioma récidive avec plus de rapidité qu'à la joue. Aussi faut-il enlever les cancroïdes de cette région le plus largement possible. Dans un cas semblable, j'ai enlevé tout le tégument de la joue, sans tenter d'autoplastie. La plaie s'est peu à peu comblée, et, au bout de trois mois, elle était réduite à 1 centimètre. Alors seulement j'ai fait une autoplastie qui, d'ailleurs, n'a pas réussi. Malgré cet échec, la cicatrisation a été complète au bout d'un an.

M. Peyrot. J'ai eu l'occasion d'enlever un cancroïde de la joue pour lequel j'ai dû faire une très large perte de substance. Pour la combler, j'ai pris un lambeau cutané sur le cou, et je l'ai fait remonter par glissement. La cicatrisation s'est faite; la bouche est restée seulement assez rétrécie. Au bout de trois ans, mon opéré s'est représenté à moi avec un ganglion sous-maxillaire épithéliomateux dont j'ai fait l'ablation, et, depuis un an et demi que cette ablation a été faite, il n'est pas encore survenu de récidive.

M. Verneuil. En réalité, M. Peyrot a agi dans le sens que j'indique, puisqu'il a enlevé toute la peau de la joue. Ce que je considère comme mauvais, c'est de chercher à la conserver en partie.

M. Th. Anger. Un malade que j'ai soigné, il y a deux ans, à l'hô-

pital Cochin, portait un cancroïde de la joue, du diamètre d'une pièce de cinq francs. Pour combler la perte de substance résultant de l'ablation, j'ai pris sur le cou un grand lambeau. Or, au bout d'un an, c'est dans ce lambeau que la récidive est survenue. Ultérieurement les ganglions se sont pris, et le malade a fini par succomber. Ce fait vient à l'appui de la gravité particulière de l'épithélioma de la joue que signalait M. Verneuil.

Communication.

Sur l'ablation de l'épithélioma de la langue, avec résection de la portion adjacente du maxillaire inférieur.

Par M. VERNEUIL.

Depuis trente ans que je pratique l'ablation de l'épithélioma de la langue, j'ai opéré un grand nombre de ces tumeurs, et je dois l'avouer, les résultats ont été peu satisfaisants.

Sans doute, ils sont devenus un peu meilleurs depuis que l'on n'hésite pas à faire de grands sacrifices; mais les succès me paraissent surtout subordonnés à la nature de l'épithélioma.

Il y a une variété qui débute par les parties latérales de la langue, vers son tiers moyen, et qui s'accompagne d'engorgement ganglionnaire avec légère adhérence au plancher buccal, se prolongeant jusqu'à la face interne du maxillaire. C'est une variété commune.

Au début, je l'enlevais en suivant le procédé de Rizzoli, un peu modifié, c'est-à-dire en opérant par la région sus-hyoïdienne.

Je faisais ainsi l'ablation du ganglion avec la tumeur principale, et quelquefois j'enlevais en même temps un peu du périoste de la face interne du maxillaire. Mais j'ai toujours vu des récidives rapides survenir après ces ablations, parce qu'en réalité elles ne sont jamais complètes.

Dans une autre variété, l'épithélioma porte surtout sur le plancher buccal et la région des glandes sublinguales. Cette variété donne lieu à des récidives encore plus rapides que la première.

Sur un malade, auquel j'avais enlevé un de ces épithéliomas et qui avait vu se produire une récidive avec adhérences au maxillaire, j'ai, au mois de février 1884, enlevé avec la tumeur récidivée un fragment de trois centimètres du maxillaire. Or, pendant plus d'un an, la récidive ne s'est pas montrée.

Depuis cette époque, j'ai érigé en principe l'ablation de la por-

tion du maxillaire en connexion avec l'épithélioma. Cette ablation permet d'opérer à ciel ouvert, de surveiller la marche de la cicatrisation, et elle met en outre à l'abri des récidives.

La section de la branche horizontale de la mâchoire est opérée d'abord en deux endroits par deux traits de scie verticaux; le fragment isolé est alors rabattu en bas. Puis, avec le thermo-cautère, j'attaque le cancroïde, à petits coups, liant l'artère linguale lorsqu'elle se présente. Je mets seulement trois points de suture à la peau, laissant la plaie en grande partie ouverte. La gaze iodoformée est appliquée comme pansement et l'opéré est alimenté à l'aide d'une sonde œsophagienne placée à demeure par la voie nasale.

En quinze jours, ordinairement, tout est à peu près réuni.

Ce procédé a encore l'avantage de rendre plus facile l'administration du chloroforme, car dès que la section du maxillaire est opérée, la respiration devient plus aisée.

Deux malades de mon service, sur lesquels j'ai enlevé ainsi les deux tiers de la langue, n'ont pour ainsi dire pas eu de réaction ; l'asepsie a été complète.

J'ajouterai que pour ces opérations j'ai abandonné l'usage de la scie à chaîne, si difficile à manier; je fais la section de l'os en passant au-dessous de lui une grosse sonde cannelée et en le sciant de dehors en dedans avec une scie à main ordinaire.

Je dois reconnaître que beaucoup de chirurgiens, avant moi, ont eu l'occasion d'enlever avec la tumeur linguale des portions de maxillaire, parce que celui-ci était lui-même envahi. Mais, et c'est là le but de ma communication, je professe que la résection partielle de la mâchoire doit être faite dès qu'il existe des adhérences au voisinage de celle-ci.

M. le Dr Léon Labbé a communiqué, en 1882, à l'Académie de Médecine, un cas dans lequel il a fait cette résection partielle du maxillaire, en même temps que l'ablation de l'épithélioma lingual. Mais la résection, dans ce cas, où il n'y avait pas d'adhérences, avait seulement pour but de faciliter l'opération.

Discussion.

M. Bouilly. Sans avoir sur cette question l'expérience de M. Verneuil, j'ai quelques raisons de douter de l'efficacité du procédé qu'il préconise. En effet, dans les vingt ou vingt-cinq cas que j'ai opérés, et dans lesquels j'ai cherché à faire l'ablation la plus large possible, j'ai vu généralement la récidive se produire, non pas au point opéré, mais dans les ganglions carotidiens. La récidive est donc plutôt ganglionnaire que locale et il me semble que l'abla-

tion d'une partie du maxillaire inférieur ne peut empêcher la récidive ganglionnaire.

M. M. Sée. Le précepte d'enlever une partie de la mâchoire, donné par M. Verneuil, me paraît bon ; mais je tiens à faire remarquer que, du moment qu'il y a adhérence, le maxillaire peut être considéré comme envahi lui-même. Or, tous les chirurgiens sont d'accord pour enlever le maxillaire dans ce cas.

M. Polaillon. Un malade, atteint de cancroïde de la langue, auquel j'ai dû faire l'ablation de la langue entière, est resté guéri pendant deux années. Mais, depuis trois ou quatre mois, il s'est montré un gonflement du maxillaire inférieur du côté droit. La récidive s'est faite dans l'os, de ce côté.

Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens se sont pris en même temps et j'ai renoncé à pratiquer une nouvelle opération.

Communication.

Sur une plaque destinée à faciliter la suture métallique.

Par M. M. Sée.

La suture enchevillée me paraît avoir, sur la suture entrecoupée, des avantages pour le rapprochement des surfaces un peu étendues. Elle ne tend pas à couper les tissus comme cette dernière, ni à plisser les surfaces. Si les surfaces de section sont épaisses, comme après la laparotomie, elle les rapproche mieux dans la profondeur. Avec elle, l'affrontement est aussi complet que possible.

Je me suis servi jusqu'ici, pour fixer les extrémités des fils, de petits rouleaux de gaze iodoformée, qui sont souples et antiseptiques à la fois, et ne déterminent point de gangrène au-dessous d'eux. Mais il faut, pour les maintenir, employer un fil double, dont l'écartement aux points d'entrée tend à sectionner les tissus, ce qui est un inconvénient.

Aux tubes de Galli, aux grains de plomb employés pour maintenir une anse unique de fil métallique et qui ont l'inconvénient, une fois appliqués, de ne pouvoir être déplacés, j'ai substitué, depuis quelque temps, deux petites plaques métalliques.

Ces plaques, construites par M. Collin, portent deux petites tiges. Pour fixer les extrémités des fils à la plaque, il suffit de leur faire faire un ou deux tours autour de ces tiges.

Ces plaques, que l'on peut désigner sous le nom de *plaques à taquets*, permettent de fixer solidement le fil et de le retirer avec facilité. Au-dessous d'elles, il faut placer une ou deux rondelles de gaze iodoformée pour protéger la peau.

Lecture.

M. Guerlain, de Boulogne-sur-Mer, lit une note relative à deux observations.

La première est un cas d'*ostéo-périostite du tibia gauche, ayant nécessité la trépanation* et déjà présentée, en 1881, à la Société de chirurgie.

La seconde est une observation de *Calcul très volumineux de la vessie, extrait par la taille hypogastrique*.

Comité secret.

A 5 heures moins 10 minutes, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Peyrot sur les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 1er décembre 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *De l'anesthésie locale par les injections sous-gingivales de cocaïne et d'acide phénique, ou d'une solution simple d'acide phénique pour l'avulsion des dents*, par G. Viau;

3° *Des baraques sanitaires portatives*, par M. le Dr Appia (de Genève);

4° *Nouveaux éléments de petite chirurgie*, par le Dr Chavasse, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce;

5° M. Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy, demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant national;

6° *Hémorrhagie générale du corps vitré; ophthalmotomie; guérison*, par le Dr Rolland (de Mont-de-Marsan) (Commission : MM. de Saint-Germain, Kirmisson, Delens, rapporteur);

7° M. Richelot demande un congé pendant la durée de ses conférences à la Faculté;

8° *Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants,* par MM. de Saint-Germain et E. Valude, avec une préface de M. le professeur Panas.

Communication.

Nouveaux faits pour servir à l'histoire de l'étiologie du tétanos,

Par R. Larger.

Ce n'est pas sans de vives critiques, ni de nombreuses objections, toutes formulées d'ailleurs avec cette bienveillante et unanime indulgence à laquelle la Société m'a depuis longtemps habitué, que fut accueillie, dans cette enceinte, ma première communication sur l'étiologie du tétanos. Je ne m'en suis ni étonné — parce que toute opinion nouvelle doit s'imposer par des preuves — ni inquiété outre mesure, parce que je savais que les faits indéniables que je signalais demeureraient acquis et n'étaient que des jalons posés pour l'avenir. Souffrez qu'aujourd'hui, Messieurs, je vienne payer un nouvel acompte sur la lettre de change que j'ai tirée sur vous.

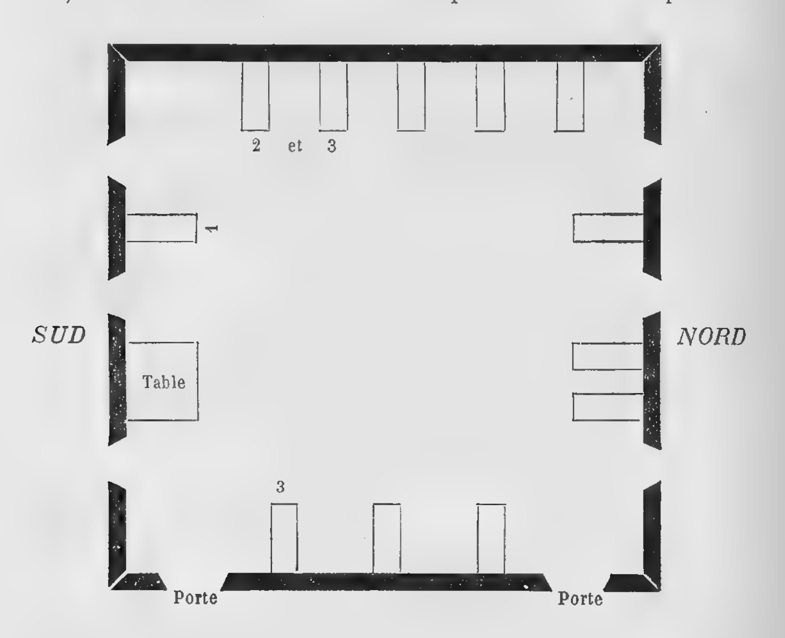
J'y suis sollicité aussi bien par l'encouragement et l'appui, hautement manifestés, d'un maître sympathique entre tous, auquel je suis heureux de pouvoir ici manifester toute ma gratitude.

L'objet de ma communication porte sur deux ordres de faits nouveaux ayant trait, les uns à la pathologie humaine, les autres à la pathologie comparée : pathologies dont l'identité s'affirme tous les

jours davantage et plus particulièrement, dans la question actuelle, ainsi que l'a surtout fait ressortir M. le professeur Verneuil.

Observation I. — Dans les premiers jours de janvier 1882, un ouvrier de fabrique, âgé de 32 ans, entre à l'hôpital de Colmar, dans le service de mon excellent concitoyen et ami, M. le Dr Macker, de l'obligeance duquel je tiens tous les détails qui vont suivre.

Cet homme était atteint de déchirures graves de la paume de la main droite, suite d'accident de machine. Il fut placé dans le lit marqué 1. sur



le plan de la salle de chirurgie. Invasion du tétanos, sept jours après l'accident. Mort au bout de trois jours.

Obs. II. — Peu de jours après la mort du précédent, un homme de 45 ans, serrurier de son état, qui, trois semaines auparavant, s'était écrasé la première phalange du petit doigt de la main gauche, entre dans le même service. Il est placé dans le lit marqué 2, immédiatement voisin de celui où l'ouvrier de fabrique venait de mourir du tétanos. Il ne tarde pas à en être atteint lui-même et à succomber pareillement au bout de trois jours.

Obs. III. — Pendant que le tétanos faisait ces deux victimes, toujours en janvier 1882, un orphelin de l'hospice, âgé de 7 ans, atteint de tumeur blanche du genou, subit l'amputation de la cuisse. Il occupe, dans la même salle, le lit marqué 3, c'est-à-dire, immédiatement voisin de celui du serrurier. Cinq jours après l'amputation, cet enfant prend le tétanos et meurt.

Obs. IV. — Au commencement de septembre 1886, un homme adulte, ayant une plaie contuse de l'index et du médius, entre à l'hôpital, dans la même salle. On lui affecte le lit marqué 2, celui dans lequel le malade de l'observation II était mort du tétanos en 1882. Il y séjourne plusieurs jours, au bout desquels il demande son exeat. Six jours après sa sortie de l'hôpital, il gagne le tétanos, et il ne tarde pas à venir y réoccuper le lit qu'il venait de quitter.

Cet homme guérit toutefois, après un traitement mixte par le bromure, le chloral et les injections de morphine (0gr,08 par jour).

Aux questions précises que je lui ai posées sur les points suivants, M. le Dr Macker répond dans ces termes :

1° Le pansement employé est ainsi défini : pansement à l'acide phénique (silk, mousseline, coton, mackintosh);

2° Le refroidissement peut être invoqué pour le malade de l'observation II, mais assurément pas pour aucun des autres;

3° Pas un seul cas de tétanos n'a été noté à Colmar à l'époque de l'épidémie nosocomiale de janvier 1882. Il n'en existait pas davantage en septembre 1886. Le tétanos est d'ailleurs rare à Colmar, et ne s'observe que de loin en loin, dans la ville et la banlieue;

4° Les lits et la literie ont été soumis à de simples nettoyages. Aucune réparation n'a été faite dans la salle de chirurgie, autre qu'un badigeonnage à la colle (*sic*). On trouvera peut-être avec moi que ce mode de désinfecter une salle n'est pas des plus heureux, la colle fournissant au contraire un excellent milieu de culture aux microbes;

5° En ce qui touche l'origine équine, aucun des blessés ne soignait de chevaux. Il est à peu près certain qu'il ne se trouvait pas d'animaux tétaniques à proximité de leurs habitations.

Mais, après avoir interrogé ses confrères, M. Macker m'apprend que, dans le courant de l'été dernier, M. le Dr Prosper Hirtz a observé un paysan de la plaine du Rhin qui avait eu un doigt broyé par suite d'un mouvement brusque de son cheval. La blessure avait été négligée, et un tétanos mortel se déclarait quelques jours après l'accident.

Il résulte rigoureusement de tout ce qui précède que la salle de chirurgie de l'hôpital de Colmar a été, en janvier 1882, le théâtre d'une petite *épidémie* de tétanos, sans qu'on puisse invoquer le fameux courant d'air, ainsi que cela a été fait ici même et ailleurs, au Congrès de chirurgie, pour expliquer ce qu'on a appelé les *pseudo-épidémies* des salles d'hôpital. Qu'il me soit permis de rappeler à ce propos que M. Thiriar (de Bruxelles) n'a pas observé de courants d'air sur ses tétaniques. M. Blanc (de Bombay) ne les a pas constatés davantage, pas plus que M. Labarrière ne me les a

signalés dans l'épidémie de l'hôpital de Poissy, où tout courant d'air serait, du reste, impossible, en raison de la disposition défectueuse des fenêtres rendant l'aération même tout à fait insuffisante. D'ailleurs, l'exemple de l'endémo-épidémie de Carrières-sous-Poissy, de ce petit village dans lequel tous les traumatismes se produisant dans l'espace de deux ans sont suivis de tétanos, et cela en toute saison et à l'exclusion des communes environnantes, contiguës même, où, par conséquent, les influences atmosphériques sont identiques, cet exemple, dis-je, où le refroidissement ne saurait être invoqué sans heurter le bon sens, ne doit-il pas lever tous les doutes? Et n'est-il pas permis de dire, qu'en présence de tous ces faits et d'autres encore déjà cités, on n'a plus le droit désormais d'assigner au tétanos cette cause efficiente : le refroidissement? Les faits démontrent péremptoirement que ce dernier n'agit que comme adjuvant, et cela dans certains cas seulement. On s'étonne à bon droit qu'une semblable étiologie — tout au plus acceptable du temps de Larrey — puisse encore aujourd'hui trouver des défenseurs !

Un autre fait digne de remarque dans cette épidémie de l'hôpital de Colmar, c'est la contiguïté de tous les lits occupés par les tétaniques. Ce point avait été noté déjà par Tripier et par nos collègues, MM. Polaillon et Berger; mais ici il ressort d'une manière toute particulière. En effet, si l'on jette les yeux sur le plan ci-annexé, on voit de suite que les lits des tétaniques forment une série ininterrompue sur un seul côté de la salle.

Enfin comment ne pas être frappé de cette coïncidence, que les deux tétaniques des observations II et IV, occupaient le même lit à quatre ans et demi d'intervalle?

C'est évidemment une coïncidence toute fortuite, disent nos adversaires! Je le veux bien ; mais qu'on me permette d'observer que c'est la quatrième fois que cette coïncidence *fortuite* se produit dans les quelques faits qu'il m'a été donné de recueillir. En effet, un intervalle de dix ans sépare l'invasion du tétanos chez les deux chevaux de la même écurie d'Achères : on trouve deux ans entre le tétanos du dernier cheval et celui de la dame P..., blessée devant l'écurie en question ; il y a onze ans entre le tétanos du premier ouvrier de Barentin et celui du deuxième ouvrier, habitant de la même chambre ; enfin quatre ans et demi séparent le premier tétanique et le deuxième habitant du même lit de la salle de l'hôpital de Colmar!

Je n'insisterai pas davantage, dans l'espoir que les faits parleront d'eux-mêmes. Voici que déjà ils deviennent plus nombreux, alors que la question de la nature infectieuse du tétanos se pose à peine. Et dès à présent on peut entrevoir le moment où les preuves cli-

niques s'accumuleront au point de forcer les convictions les plus rebelles.

Peut-être penserez-vous avec moi qu'il n'en faudrait pas beaucoup comme la suivante pour atteindre dès à présent le but.

M. Cagnat, vétérinaire à Saint-Denis, pratiqua pendant vingt-cinq ans la castration sur les chevaux, sans observer un seul cas de tétanos. Il attribuait ses heureux résultats à l'emploi des *casseaux*. (Ce sont, comme on sait, deux bouts de bois munis chacun d'une rainure renfermant une pâte à base de sublimé corrosif, et à l'aide desquels on étreint fortement le cordon.)

Vers la fin de 1884, M. Cagnat eut à opérer une volumineuse tumeur testiculaire qu'il enleva à l'aide de l'écraseur linéaire : le cheval opéré mourut du tétanos. Malgré cela, satisfait de l'instrument, ce vétérinaire résolut de l'employer une seconde fois pour une castration simple. Ce deuxième cheval mourut également du tétanos. Dans l'espace de cinq à six mois, le même écraseur servit successivement à diverses opérations, chez un troisième, un quatrième, un cinquième et un sixième cheval. Tous, sans en excepter un seul, moururent tétaniques !

Dans ce même intervalle de temps, M. Cagnat pratiqua d'autres opérations, mais avec ses instruments de trousse ordinaires : aucun de ces derniers opérés ne fut atteint de tétanos.

C'est-à-dire que *tous* les animaux opérés par le même écraseur — et ceux-ci *exclusivement* — furent tétanisés.

Mais ce n'est pas tout. Convaincu, non sans apparence de raison, il faut bien le dire, que son écraseur servait de véhicule à l'agent de transmission du tétanos, M. Cagnat demanda conseil à M. Nocard, professeur à Alfort, lequel m'a confié fort gracieusement ces très intéressants détails. Sur l'avis de M. Nocard, l'écraseur fut plongé assez longtemps dans de l'huile presque bouillante. L'instrument a servi depuis lors à de nombreuses opérations, *sans qu'une seule ait été suivie de tétanos !*

Ces faits cliniques si nets, si précis, n'ont-ils pas, je le demande, toute la rigueur d'expériences de laboratoire? Sans doute ces dernières sont malheureusement demeurées sans résultat jusqu'à ce jour. La cause en est peut-être que les méthodes suivies étaient défectueuses. Quoi qu'il en soit, j'ai soumis à M. Nocard un nouveau plan d'expériences, plan qu'il a bien voulu approuver et qui sera mis incessamment à exécution.

Discussion.

M. Verneuil. Les documents de la valeur de celui que vient de nous communiquer M. Larger n'auraient pas besoin d'être bien

nombreux pour que la question de l'étiologie du tétanos fût définitivement jugée.

La *Gazette hebdomadaire*, dans son dernier numéro, nous en fournit un qui me paraît aussi des plus importants. C'est une lettre qui m'a été adressée par un confrère de province. Elle renferme des faits extrêmement curieux et je ne puis mieux en donner l'idée qu'en reproduisant la teneur de cette lettre :

Monsieur le professeur,

Pendant les quelques jours que j'ai passés, au mois de septembre, dans un petit village du département des Ardennes, voici ce que j'ai appris à propos d'une série malheureuse de tétanos chez le cheval.

Dans le courant de cette année, un jeune vétérinaire, M. X..., vint pratiquer la castration sur trois chevaux d'écuries différentes. La coutume est de coucher tous les chevaux à opérer sur le même tas de fumier. Au bout de quelques jours, les trois chevaux succombent au tétanos. On n'en avait pas observé dans le pays depuis plusieurs années. M. X... va au même moment faire de nouvelles castrations dans des villages voisins. Tous les chevaux opérés, au nombre de huit, meurent du tétanos.

Un autre vétérinaire, M. Z..., vient dans la contrée à la même époque; il pratique dans le village plusieurs castrations, qui toutes sont suivies de succès. Parmi les chevaux guéris, plusieurs habitaient des écuries voisines de celles où succombaient les chevaux tétaniques. Malgré ce voisinage, aucun des chevaux opérés par M. Z... n'est atteint. Il en est de même dans les villages d'alentour.

Un vieil ami, vétérinaire instruit et pratiquant depuis près de quarante ans, nous affirmait n'avoir eu qu'un seul cas de tétanos sur un millier de castrations. Il incriminait ici l'opération en elle-même. Cependant M. X... opère comme on l'enseigne à l'École d'Alfort; il exerce d'ailleurs depuis plusieurs années et a déjà fait un grand nombre de castrations avec succès.

On voit parfois le tétanos survenir à la suite de brusques variations atmosphériques; mais ici on ne peut admettre pareil argument, puisque le deuxième vétérinaire n'a pas eu de cas de tétanos. Les écuries sont installées à peu près partout dans les mêmes conditions, et les mêmes précautions avaient été prises.

C'est donc bien le vétérinaire qui paraît avoir été ici l'agent de transmission.

Un cultivateur me disait tout naïvement: « Oh! monsieur, le vétérinaire a dû faire une opération avant de venir châtrer nos chevaux. »

Tels sont, monsieur le professeur, les faits que je désirais vous signaler; ils sont certainement connus, je tenais cependant à apporter ma petite part à l'étude du tétanos équin.

Veuillez agréer, etc.

Dr L. DAUTEL.

Je citerai encore le fait suivant : A Noisy-le-Sec, près Paris, toutes les opérations pratiquées sur les chevaux les exposent au tétanos. Sur un total d'environ 300 chevaux, existant dans cette localité, il y a quatre à cinq cas de tétanos par an. On a vu, chez un propriétaire, un cheval succomber à cette affection pour avoir été placé dans la stalle où sept semaines auparavant un autre cheval était mort de tétanos traumatique.

En 1871, M. le Dr Delsol, qui exerce à Palaiseau, a observé le fait suivant : Un soldat était accroupi auprès d'un cheval mort qu'il dépeçait. Un éclat d'obus le blesse à l'épaule. Transporté à l'ambulance de Bièvre, il y meurt de tétanos. Son voisin de lit succombe aussi à cette affection peu après.

M. le Dr Vendrand, de Villers-Cotterets, sur sept cas de tétanos, en a rencontré six développés chez des gens en rapports habituels avec des chevaux. Il cite le fait curieux d'un épicier qui, en tombant de sa voiture, a le doigt écrasé par la roue et meurt du tétanos. Sa veuve se remarie et le second mari, qui avait hérité du cheval et de la voiture du premier, s'étant blessé un an après, succombe lui-même au tétanos.

Je pense qu'il faut faire appel aux médecins qui pourraient avoir connaissance de faits de ce genre. Mais en utilisant seulement les documents que nous possédons il est permis de dire que la démonstration de la contagion du tétanos est très avancée.

M. Trélat. Depuis la campagne de 1870-71, j'ai l'impression que le tétanos est contagieux. J'ai vu, en effet, de même que pour l'infection purulente, le tétanos se développer seulement dans les milieux infectés. Lorsque les locaux se trouvaient dans des conditions favorables, le tétanos ne se montrait pas. Cette affection se comporte donc comme les maladies infectieuses et contagieuses. De plus, je reconnais que les faits qui viennent de nous être cités sont infiniment favorables à l'idée de la contagion.

Cependant, tant qu'on n'aura pas isolé la substance, la matière, je ne dis pas le microbe, qui transmet la maladie, il peut rester un doute.

Dans la rage, le microbe n'a pas été isolé, mais M. Pasteur a montré que certaines parties des centres nerveux, le bulbe, renferment le véhicule de la rage. Si nous ne connaissons pas le microbe de la rage, nous connaissons du moins la substance qui le transmet.

Pour le tétanos, jusqu'ici aucune expérience de transmission n'a donné de résultat. Nous sommes donc loin de tenir la démonstration de la contagion.

Mais je ne voudrais pas qu'on se méprît sur le sens de mes

paroles, et je le répète, sans avoir d'expérience personnelle suffisante, puisque depuis huit ans je n'ai observé qu'un seul cas de tétanos, mon impression est que cette maladie est contagieuse et qu'il faut, vis-à-vis d'elle ; agir comme si la démonstration de la contagion était faite.

M. Kirmisson. Cette année, au mois de mai, je remplaçais à l'hôpital Cochin M. Th. Anger et j'ai eu l'occasion d'y observer un cas de tétanos dont l'étiologie me paraît se rapprocher de celle des cas qui viennent d'être cités. Un homme ayant bu, et étant couché dans une écurie, reçoit à la tête un coup de pied de cheval. Il vient à l'hôpital et est pansé par l'interne de service qui après avoir lavé la plaie applique un pansement de Lister. Ce blessé meurt du tétanos en vingt-quatre ou trente heures. Or, à l'autopsie, nous trouvons, non seulement une fracture du crâne qui n'avait pas été reconnue pendant la vie, mais, dans les anfractuosités de la plaie, des détritus de foin que le lavage n'avait pas enlevés.

Ce fait est resté unique dans le service et je dois dire que les expériences que j'ai faites pour inoculer, par trépanation, à des lapins les produits de la plaie n'ont pas donné de résultats.

M. Verneuil. Il me semble que la clinique fournit une lumière suffisante sur cette question. Il est démontré que le tétanos se transmet du cheval au cheval, qu'il se transmet du cheval à l'homme, et enfin qu'il se transmet de l'homme à l'homme. Sans doute, nous ne connaissons pas le microbe, mais pour bien d'autres maladies dont la transmission n'est pas douteuse, nous n'en savons pas davantage.

M. Larger. Je ne prétends pas non plus que la preuve de la contagiosité du tétanos soit faite et je conviens que jusqu'ici les expériences tentées dans ce sens ont toutes été négatives. Mais les faits cliniques réunis n'en ont pas moins une valeur suffisante pour permettre de dire que la démonstration est en voie de se faire.

Rapport.

Phlegmon du ligament large gauche. — Laparotomie sous-péritonéale. — Guérison. (Observation par M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer).

Rapport de M. Pozzi.

Observation.—Élise Devin, femme Cordeloy, née le 7 septembre 1857, a eu quatre enfants : un le 14 février 1879, un autre le 9 avril 1881, le troisième le 9 juin 1883 et le dernier le 20 janvier 1886.

D'une bonne santé habituelle, elle s'est toujours rapidement remise de ses couches qui ont toutes été physiologiques, et n'ont jamais nécessité le secours d'aucun médecin. Ses enfants ont été élevés au biberon. Ayant été souffrante après sa dernière couche et ayant ressenti des frissons violents du 2 au 11 février, le 12 elle a fait appeler un médecin qui, d'après son dire, lui aurait déclaré qu'elle avait une inflammation sur la matrice.

Le 11 mars, le même médecin, c'est toujours elle qui parle, lui aurait dit qu'elle avait un abcès sur la matrice.

Sa position s'aggravant plutôt que de s'améliorer, je fus appelé près d'elle le 5 mai et la trouvai dans l'état suivant : pouls 124, température 39°,6; il y a anorexie complète et une constipation opiniâtre. Elle est très amaigrie, décharnée; la peau est sèche, terne et rugueuse; elle se plaint de douleurs vives dans le bas du ventre, surtout dans la fosse iliaque gauche ; il y a un empâtement profond de toute la région, et je crois reconnaître de la fluctuation. Le vagin n'est pas chaud, l'utérus est peu mobile; rien dans les culs-de-sac supérieur et droit; mais à gauche il y a un empâtement qui remplit le cul-de-sac latéral et empiète sur le cul-de-sac postérieur. La jambe est fléchie sur le bassin, en adduction, et les mouvements communiqués sont douloureusement ressentis dans la fosse iliaque.

Je prescrivis un verre d'eau purgative chaque matin, 60 centigrammes de sulfate de quinine en deux doses quotidiennes, une potion à l'extrait mou de quinquina et à l'alcoolature d'aconit, des cataplasmes avec de l'onguent mercuriel et des grands bains.

Je portai le diagnostic de phlegmon du ligament large droit avec abcès ayant envahi presque toute la fosse iliaque, et je proposai la laparotomie extra-péritonéale avec drainage. La malade n'acceptant pas complètement mon intervention, je demandai une consultation et je revins la voir le 6 mai avec le Dr Dutertre.

Le confrère accepta mon diagnostic, mais fit certaines réserves sur l'existence du pus, ne trouvant pas la fluctuation manifeste; la malade et son entourage en profitèrent pour reculer mon intervention.

Sous l'influence du traitement interne, les garde-robes se régularisèrent, l'appétit revint un peu et permit un commencement d'alimentation; les douleurs devinrent tolérables, les nuits furent meilleures; mais le pouls et la température restèrent élevés : pouls 120, température 39°. Les phénomènes locaux s'accentuant, à force d'insistance, je parvins à faire accepter l'opération; elle fut pratiquée le 18 mai. Le pouls était à 124, la température à 39°.

La malade étant endormie au chloroforme, le champ opératoire ayant été lavé au savon et avec la solution phéniquée forte, le spray allumé, je fis, à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, une incision de 10 centimètres de longueur, concave en haut et en dedans comme pour la ligature de l'artère iliaque externe. Ayant incisé la peau, l'aponévrose du grand oblique, les fibres du petit oblique, arrivé sur le fascia transversalis, je laissai le bistouri pour prendre la sonde cannelée; le fascia transversalis repoussé un peu en haut et en dedans,

une poche vint faire hernie dans la plaie; en la grattant avec la sonde cannelée, elle s'ouvrit et laissa échapper un flot de pus inodore qu'on put évaluer à plus d'un litre et demi. Après avoir déchiré la poche avec les doigts, dans toute l'étendue de la plaie cutanée, j'introduisis l'index dans une vaste poche anfractueuse, surtout en haut et en dedans, allant jusqu'au col de la matrice, occupant la fosse iliaque et s'enfonçant profondément dans le petit bassin. Je la grattai en guidant la curette tranchante sur le doigt et ramenai des paquets de tissu cellulaire et de substance ressemblant à du muscle dissocié et macéré. Après un lavage à l'eau phéniquée forte, pour entraîner tous les débris, je fis la toilette de toute la poche avec des éponges montées, trempées dans une solution phéniquée forte. J'installai mes siphons-drains et je réunis la plaie cutanée par quatre points de suture au crin de Florence. Autour des drains, je mis une collerette de ouate saupoudrée d'iodoforme, recouverte d'un pansement de Lister troué, puis le ventre fut comprimé par une couche de ouate et un bandage.

Le lendemain 19, changement à vue : la température était tombée de 39° à 37,2 et le pouls de 120 à 92.

Le 20, température 37°, pouls 76; appétit insatiable: plus de douleurs; écoulement modéré de sérosité rougeâtre par les siphons-drains.

Le 22, température 37°, pouls 68; pansement.

Le 24, température 37°; pouls 76; la malade mange énormément et a eu un peu de diarrhée; la poche se rétrécit, l'écoulement est très faible.

Le 27, température 37°, pouls 76. Tout va au mieux.

Le 30, les siphons-drains donnant à peine sont retirés et remplacés par un petit drain debout destiné à empêcher la cicatrisation de la peau; la malade étant constipée depuis sept jours, prend un lavement purgatif qui la débarrasse. Tout va très bien.

Le 7 juin, le drain debout est retiré; la malade se lève, elle a repris de la fraîcheur et un peu d'embonpoint. Pour le 16 juin, la guérison était parfaite.

Au moment de l'opération, la jambe gauche était fléchie sur le ventre en adduction; dès que l'abcès commença à se guérir, petit à petit la jambe s'étendit, reprit ses fonctions et sa position naturelle; mais, en s'étendant, elle entraîna la cicatrice cutanée, qui se trouve aujourd'hui cachée dans les plis de l'aine en haut et en dehors, alors que l'incision avait été faite 4 centimètres plus haut que l'endroit où elle se cache maintenant.

Cette observation est intéressante; mais je ferai quelques réserves sur divers points.

Tout d'abord, je ne pense pas qu'on puisse appliquer à cette opération le nom de *laparotomie sous-péritonéale*, que j'ai proposé ici même il y a un an environ, pour une opération toute différente de celle-ci, où il y a eu simplement incision d'un phlegmon profond. Pour qu'il y ait *laparotomie sous-péritonéale* (au sens que j'ai donné à ce mot), il faut que le chirurgien, après l'incision des plans mus-

culaires et aponévrotiques de l'abdomen, *ait à décoller plus ou moins largement le péritoine pour aller à la recherche d'une collection située profondément dans le petit bassin.* C'est cette manœuvre qui imprime un cachet spécial à la technique de l'intervention opératoire, et la rapproche assez d'une *laparotomie* proprement dite pour que j'aie cru pouvoir employer ce mot, en y joignant l'épithète restrictive de *sous-péritonéale.* J'ajoute qu'on pourra souvent, comme cela m'est arrivé avec succès, transformer séance tenante l'opération en une *laparotomie* véritable, par la simple incision de la membrane péritonéale décollée, si on le juge nécessaire pour les besoins de l'opération.

Je présenterai encore une remarque à propos du diagnostic; il me semble que les symptômes observés du côté de la jambe et aussi les débris musculaires retirés pendant l'opération, indiquent que le muscle psoas-iliaque était fortement altéré, et qu'il y avait un certain degré de *psoïtis.*

Je ferai aussi les plus expresses réserves sur l'emploi de la *curette tranchante* au voisinage de nerfs et vaisseaux importants. Une pince aurait pu rendre les mêmes services sans le même danger.

Je crois aussi que l'injection d'eau phéniquée *forte* dans cette grande cavité pouvait exposer à l'intoxication. Une solution faible eût été préférable.

Enfin peut-être trouvera-t-on inopportun la suture partielle de la plaie pratiquée par M. Houzel ; il paraîtrait plus utile de laisser l'incision ouverte pour faciliter l'écoulement du pus et des parties mortifiées; on doit chercher alors la cicatrisation en allant du fond vers la superficie.

Quoi qu'il en soit , et malgré ces légères critiques, l'observation de M. Houzel est fort intéressante. Je vous propose donc de la publier, et d'inscrire M. Houzel dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondants nationaux.

Discussion.

M. Trélat. On abuse de l'expression laparotomie. Elle doit être réservée pour désigner une opération ayant pour résultat d'ouvrir la cavité péritonéale, pour aller à la recherche d'une tumeur ou d'un obstacle quelconque. Or, ces conditions ne se trouvent pas réalisées dans l'observation de M. Houzel. J'ajoute qu'elles ne le sont pas davantage dans l'opération préconisée par M. Pozzi dans une séance précédente.

M. Lucas-Championnière. Je suis du même avis que M. Trélat.

On abuse du mot laparotomie. On l'a employé pour désigner de simples ouvertures d'abcès. M. Verneuil a déjà fait la même réflexion à propos de l'ouverture des kystes du foie.

M. Guéniot. En voulant rectifier le titre de l'observation de M. Houzel, je crains que M. Pozzi ne se soit trompé lui-même. S'il s'agissait, comme il le veut, d'une psoïtis avec fonte du muscle, la guérison n'eût pas été aussi rapide. Je crois plutôt qu'il y a eu chez le malade de M. Houzel un abcès iliaque profond.

M. Pozzi. Je n'ai critiqué le diagnostic qu'avec réserve, et c'est parce que des lambeaux de muscle sont sortis par l'incision que j'ai émis l'idée qu'ils devaient provenir du psoas, ou tout au moins du muscle iliaque.

Je partage les opinions de MM. Trélat et Lucas-Championnière relativement à l'abus que l'on a fait de l'expression de laparotomie. Cependant, l'opération que j'ai décrite me paraît ressembler beaucoup à la laparotomie, car si l'on cherche d'abord à se tenir en dehors de la cavité péritonéale, en décollant le péritoine, le péritoine est souvent ouvert et même doit être largement ouvert dans bien des cas.

M. Peyrot. En se reportant à l'étymologie, on voit que l'expression de laparotomie signifie littéralement section ou incision du flanc. C'est une expression vague, qui engage peu, et à cause de cela une mauvaise expression.

M. Trélat. Il n'y a pas de bonne expression. Le mot laparotomie existant, mieux vaut le conserver et convenir du sens qu'on lui attribue. Or, M. Pozzi, dans l'opération qu'il a décrite, se propose d'éviter l'ouverture du péritoine. C'est ce que j'ai indiqué dans une des variétés de néphrectomie que j'ai admise ; mais, par le fait, dans une de ses opérations au moins, M. Pozzi a dû ouvrir le péritoine. Cette ouverture du péritoine constitue précisément la différence entre les deux opérations.

M. Pozzi. En ajoutant au mot laparotomie l'épithète *sous-péritonéale*, il me semble que j'ai suffisamment précisé.

Les conclusions du rapport de M. Pozzi (remerciements à l'auteur et insertion de son observation dans les *Bulletins*) sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de pièces

Double hémato-salpyngite. — Ablation par la laparotomie des deux trompes et des ovaires.

M. Terrillon présente les pièces anatomiques résultant d'une opération qu'il a pratiquée hier matin chez une femme âgée de 34 ans.

Cette femme, mère de quatre enfants, le dernier ayant un an, souffrait, depuis le mois de juillet, de douleurs abdominales et de pertes sanguines continues. Une tumeur existait derrière l'utérus et se prolongeait à gauche.

Après avoir pratiqué la laparotomie, M. Terrillon enleva un kyste sanguin de la trompe droite, tombé derrière l'utérus dans le cul-de-sac recto-utérin, où il avait pris des adhérences avec les parties voisines. C'était un cas type d'hémato-salpyngite. La section porta à la limite de la corne utérine et l'ovaire fut enlevé. Du côté gauche existait une lésion analogue, mais moins accentuée, la poche n'ayant que la grosseur d'un œuf et étant adhérente à la partie postérieure du trou obturateur.

Cette trompe, dont le pavillon seul formait la poche sanguine, le reste étant hypertrophié, fut sectionnée aussi vers la corne utérine.

Le petit bassin fut lavé avec soin avec de l'eau bouillie tiède.

La malade a bien supporté l'opération, et M. Terrillon tiendra la Société de chirurgie au courant de ce qui surviendra.

Discussion.

M. Trélat. Les très grandes difficultés de diagnostic que l'on rencontre dans ces cas diminueront peut-être à mesure que les observations se multiplieront. Dans un fait qui m'est commun avec M. Terrier, nous avons trouvé une *pyosalpyngite* chez une femme qui paraissait atteinte d'un fibrome. Elle a été opérée avec succès et s'est rétablie ; mais, deux mois après sa guérison, elle est morte brusquement (peut-être d'une perforation intestinale).

Le point important et le côté intéressant de la question, c'est de pouvoir faire un diagnostic suffisamment précoce pour ne pas laisser ces tumeurs contracter des adhérences multiples. Quand le diagnostic est précoce, l'opération est facile et les suites sont heureuses.

M. Monod. Je ne sais si M. Terrillon a suffisamment fait ressortir

ce point de l'observation, c'est que le diagnostic avait permis de reconnaître que l'opération était possible. L'utérus était situé en avant et était indépendant de la tumeur. On pouvait affirmer que la tumeur ne tenait pas à l'utérus.

M. TERRILLON. Tous ces détails sont fournis dans l'observation complète que je remettrai.

Présentation de malade.

Kyste synovial de la gaine du long fléchisseur du pouce droit. — Grains riziformes nombreux. — Fongosités abondantes. — Ouverture. — Raclage des fongosités. — Guérison, par le Dr TERRILLON.

Homme de 32 ans, célibataire, blond, mais vigoureux et fortement musclé. Il est employé dans une maison de commerce, se nourrit bien, habite un appartement bien aéré et ne se livre à aucun excès. Il est gras et a le teint frais d'un homme bien portant.

Depuis un an et demi il ressent en écrivant une douleur dans la face interne du pouce de la main droite et aussi dans la base de cet organe (éminence thénar). Cette douleur survenait principalement quand il avait écrit pendant quelques heures.

Bientôt elle apparut sans qu'il eut une fatigue quelconque, et aussitôt qu'il saisissait une plume. En même temps il vit l'éminence thénar, la face interne du pouce et la partie correspondante de la face ordinaire du poignet se gonfler, se tuméfier et devenir proéminente.

Bientôt l'impotence fut telle et les douleurs si vives ou si continues que le malade, après avoir épuisé toutes les méthodes curatives ordinairement employées, vésicatoires, teinture d'iode, compression, se décida d'après l'avis de son médecin, M. le Dr Vogt, à demander le secours de la chirurgie. Lorsque je l'examinai pour la première fois, je constatai l'état suivant :

Un gonflement manifeste commençait à la base de la première phalange du pouce droit, remontait dans l'éminence thénar et atteignait la région du poignet à deux travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire. En pressant alternativement sur la partie supérieure et la partie inférieure de cette tuméfaction on provoquait non seulement une fluctuation très nette, mais aussi une sensation spéciale produite par des grains riziformes passant d'un côté à l'autre de la poche par un endroit rétréci correspondant au ligament annulaire.

La flexion était difficile, ainsi que les mouvements du pouce. Le jeu des tendons fléchisseurs était douloureux.

Je proposai au malade une opération radicale qui pourrait le débarrasser rapidement de cette infirmité.

L'opération eut lieu le 20 septembre 1886 avec le concours du Dr Routier et du Dr Vogt, médecin du malade. Après avoir appliqué une bande d'Esmarch sur l'avant-bras et donné du chloroforme, je fis une incision sur la partie saillante de la tuméfaction au niveau du poignet et en dedans de l'artère radiale.

La gaine fut largement ouverte et je vis sortir du liquide filant, légèrement rosé, et entraînant avec lui une douzaine de grains riziformes.

Ceux-ci, comme des petites lentilles, aplatis pour la plupart, étaient recouverts par place de petites végétations rougeâtres.

Après cette évacuation, j'introduisis une petite curette en acier dans la cavité et la faisant passer sous le ligament annulaire du carpe, elle fut conduite jusque à la base du pouce.

Avec cette curette, je ramenai encore plusieurs corps étrangers et un certain nombre de fongosités adhérentes à la paroi de la poche.

Les fongosités, surtout nombreuses vers la partie supérieure de la poche, au voisinage de l'ouverture que j'avais pratiquée, furent enlevées avec soin.

Elles étaient nombreuses aussi sur le tendon du fléchisseur du pouce qu'elles recouvraient presque complètement. Je les enlevai avec soin, avec la curette et de petits ciseaux courbes, jusqu'à ce que le tendon me semblât complètement nettoyé. La cavité fut ensuite essuyée avec soin avec de petites éponges montées sur une pince et imbibées de sublimé au 1/2000.

Un tube à drainage assez gros fut introduit jusque vers la partie inférieure de la poche. Ensuite les bords de la plaie furent suturés avec des catguts.

Pansement avec de la gaze iodoformée, avec de la ouate hydrophile ; le tout maintenu avec des bandes de tarlatane qui comprimaient légèrement en immobilisant la main.

La guérison complète se fit en dix jours, sans aucune trace de suppuration.

Après la cicatrisation totale, il y avait persistance d'une raideur dans les mouvements du pouce, surtout la flexion. L'opposition était impossible et paraissait due surtout à une atonie des muscles de l'éminence thénar.

Après une série de séances d'électricité, en vue d'exciter les muscles atrophiés, et quelques massages capables de détruire lentement la raideur des articulations, le malade recouvra complètement l'usage de sa main et de son pouce.

Actuellement il va aussi bien que possible et semble n'avoir pas eu de lésion — sauf une cicatrice au poignet. Celle-ci a adhéré pendant quelque temps au tendon fléchisseur; maintenant cette adhérence n'existe plus.

Immédiatement après l'opération, je portai les grains riziformes et les fongosités enlevées à M. le Dr Martin, préparateur à la Faculté de médecine, qui voulut bien les examiner au microscope et faire des inoculations sur les lapins.

Le microscope n'a démontré aucune trace de bacilles de la tuberculose.

Je rapproche le fait de ceux publiés par M. Nicaise, dans lequel on a trouvé des bacilles.

L'inoculation des lapins n'a pas encore donné de résultat, mais je tiendrai la Société de chirurgie au courant de ce qui surviendra.

Discussion.

M. Trélat. Depuis que j'ai eu connaissance du travail de M. Nicaise, j'ai fait examiner le contenu des cinq ou six kystes à grains riziformes que j'ai opérés. Or, on y a toujours rencontré les cellules géantes que l'on considère comme caractérisant le tubercule.

M. Kirmisson. La parenté existant entre la tuberculose et les kystes à grains riziformes paraît bien établie cliniquement. Mais le diagnostic de ces kystes peut présenter des difficultés. J'en ai eu la preuve chez une jeune femme qui, faisant usage de béquilles, avait un kyste synovial à la partie interne de la main droite. La crépitation caractéristique y était si évidente que je n'eus aucun doute sur l'existence de grains riziformes dans ce kyste. Cependant, après l'avoir incisé, je ne trouvai que des fongosités.

M. Peyrot. Une jeune femme de 32 ou 33 ans avait depuis un mois environ un abcès qui s'était ouvert à la marge de l'anus. Lorsque j'incisai le trajet, il s'échappa un grand nombre de grains riziformes, ressemblant à des débris de vermicelle ou à de gros œufs de fourmis. Je regrette beaucoup que ces produits singuliers que j'avais donné à examiner aient été perdus.

Nomination à une place de membre titulaire.

La commission a présenté les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Schwartz;

En deuxième ligne, M. Segond;

En troisième ligne, par ordre alphabétique, MM. Prengrueber et Quenu.

Au premier tour de scrutin, sur 21 votants :

M. Schwartz obtient.................	17 voix.
M. Segond —	4 —

En conséquence, M. Schwartz est élu membre titulaire de la Société.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 48.12.86. *Le Gérant :* G. MASSON.

Nomination de commissions.

Nomination de la commission pour l'examen des titres des candidats aux places de *membres correspondants nationaux.*

La commission se compose de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Monod, Périer, Chauvel, secrétaire général.

Nomination de la commission pour l'examen des titres des candidats aux places d'*associés et correspondants étrangers.*

La commission se compose de MM. Verneuil, Pozzi, Terrillon, Kirmisson, Chauvel, secrétaire général.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 8 décembre 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. Schwartz remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire;

3° Les rapports annuels de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance à l'Académie de médecine pour les années 1878 à 1885;

4° Les rapports annuels présentés à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, par l'Académie de médecine, sur les vaccinations pratiquées en France pendant les années 1877 à 1881.

Lecture.

Hémato-salpyngite double. — Laparotomie. — Ablation des deux trompes kystiques et des deux ovaires. — Guérison, par M. TERRILLON.

Mme Archambault, âgée de 32 ans, m'est adressée à la Salpêtrière le 20 septembre 1886, par M. le Dr Verneuil (de Saint-Amand) et M. le Dr Troisier, médecin des hôpitaux.

Cette femme est assez bien portante, quoiqu'elle ait maigri depuis quelques mois. Réglée à l'âge de 12 ans, elle éprouvait des douleurs à chacune de ses époques, mais sans autre inconvénient.

Elle a eu quatre grossesses et une fausse couche. Le dernier enfant est âgé de 1 an; cette dernière couche a été presque normale.

Huit mois après sa grossesse, au mois de juillet de cette année, elle fut prise rapidement et subitement de douleurs vives dans le ventre au moment de ses règles. Celles-ci ne s'arrêtèrent pas, et continuèrent même sous forme de perte peu abondante, mais sans interruption depuis ce moment.

Cette perte paraissait correspondre à son retour de couches, car depuis son accouchement elle n'avait pas perdu de sang; elle nourrissait son enfant.

A partir de ce premier accident, elle souffrit presque continuellement dans le bas-ventre.

Enfin, après deux mois (fin septembre), elle éprouva de violentes douleurs dans le ventre, accompagnées de vomissements, de ballonnement du ventre, de frissons, en un mot, des symptômes de péritonite localisée; elle fut obligée de garder le lit pendant plusieurs jours.

Elle perdit du sang très abondamment; aussi son médecin fut obligé de lui donner de l'ergotine en injections sous-cutanées, pour modérer cette perte.

Elle se rétablit assez bien, mais l'écoulement sanguin persistait, quoique faible.

Ces accidents revinrent à deux reprises depuis le mois de septembre et parurent coïncider avec l'époque des règles.

Depuis, elle souffre continuellement dans le ventre, et la marche exaspère ses douleurs.

A son entrée à la Salpêtrière, 20 novembre 1886, cette jeune femme nous semble affaiblie, pâle et très anémique.

La forme du ventre n'est pas modifiée. En le palpant, on sent manifestement derrière le pubis une petite masse arrondie, non douloureuse, qui n'est autre que le fond de l'utérus. Il est difficile de pénétrer plus profondément.

Par le toucher vaginal, on constate les phénomènes suivants : le col de l'utérus est situé derrière le pubis et un peu remonté.

Le cul-de-sac postérieur est refoulé légèrement en bas et on sent à

son niveau une tumeur lisse, assez tendue, mais élastique, un peu douloureuse à la pression.

Elle est arrondie et n'empiète pas sur le cul-de-sac droit; mais à gauche elle semble se prolonger dans le ligament large et sur les parois du bassin, mais sans descendre sur le cul-de-sac vaginal.

Il est difficile de la sentir entre le doigt placé dans le vagin et la main déprimant l'abdomen, cependant on arrive à la circonscrire.

Cette tumeur n'immobilise pas absolument l'utérus, qui est encore mobile transversalement.

Par le rectum on la sent déprimant la paroi antérieure de cet organe, mais le doigt ne peut atteindre sa limite supérieure.

Le col de l'utérus est largement fendu du côté gauche par le fait des accouchements.

Rien à noter du côté de la miction; du côté du rectum, la malade accuse des alternatives de constipation et de diarrhée.

Elle se plaint de douleurs assez violentes dans la région lombaire.

L'écoulement sanguin déjà signalé persiste, mais il est peu abondant, quoique continu.

L'appétit est diminué, les digestions difficiles, lentes, le sommeil agité; la malade se plaint d'une poussée de chaleur qui lui arrive tous les soirs.

En présence de ces phénomènes, on pouvait penser à la présence d'un corps fibreux situé derrière l'utérus, mais l'indépendance relative de cet organe, la consistance élastique et presque fluctuante de la tumeur, enfin le mode d'apparition des accidents, me firent éloigner cette idée qui avait été émise par le médecin de la malade.

Je pensai à des accidents analogues à ceux de l'hématocèle, mais voyant bien que ce n'était pas là une hématocèle ordinaire, englobant complètement la partie postérieure de l'utérus.

Me rappelant les faits publiés par Lawson Tait, il me vint à l'idée que les annexes de l'utérus devaient être la cause et même le siège de ces accidents, mais je ne pouvais faire un diagnostic plus précis.

Cependant, sachant combien l'intervention radicale peut être utile dans certains de ces cas obscurs de lésion des annexes, je n'hésitai pas à proposer à la malade une opération, me réservant d'agir suivant les circonstances.

Elle accepta immédiatement l'idée de l'opération, ainsi que son mari, qui l'avait accompagnée à Paris.

L'opération fut pratiquée le 30 novembre avec l'aide de MM. Monod et Schwartz.

Incision sur la ligne médiane commençant près du pubis et se prolongeant vers l'ombilic, pour pouvoir introduire toute la main dans l'abdomen.

L'épiploon et l'intestin se présentent à l'ouverture, ils sont refoulés avec une éponge.

En palpant profondément, je sens facilement l'utérus et, située derrière lui, une masse arrondie, fluctuante, se portant vers le sacrum. A la vue, elle paraît verdâtre.

Ne pouvant la mobiliser ni passer derrière elle, je la ponctionne avec le trocart fin de l'aspirateur Potain, espérant la vider, diminuer ainsi son volume et faciliter son extraction. Je n'obtiens aucun liquide, mais l'ouverture donne issue à un caillot noir, épais; c'était une poche sanguine. Une pince placée sur l'ouverture déchire la paroi et agrandit l'orifice.

Essayant alors de tourner autour de cette masse, je sens que mes doigts pénètrent et déchirent des adhérences molles qui donnent du sang. En avançant de proche en proche et surtout en arrière, j'arrive à la détacher supérieurement et en bas, et bientôt je l'attire en avant en la décollant.

Enfin j'extrais au dehors une masse grosse comme les deux poings, remplie de caillots, lesquels ont fait issue par l'ouverture précédemment indiquée, et sont tombés dans le fond du bassin.

Cette masse est appendue à un pédicule large, qui vient de la corne utérine droite, et à sa surface du côté droit, l'ovaire est accolé.

Après avoir placé près de la corne utérine un double fil de soie, la tumeur est enlevée, — c'est la trompe considérablement distendue par un épanchement sanguin coagulé, et en partie rompue.

L'ovaire correspondant, mais sain, est enlevé également.

Tel fut le premier temps de l'opération; je passe au second temps.

Au moment de l'ouverture du péritoine et à ma première exploration, j'avais senti, outre la tumeur précédente, du côté gauche, une autre tumeur bosselée, arrondie, fluctuante, située derrière le trou obturateur, assez profondément. Une de ses bosselures était noirâtre.

Cette masse était entourée en partie par un cordon cylindrique qui la bridait. En essayant de la détacher, une des poches se crève et donne une petite quantité de liquide jaunâtre; l'autre, plus adhérente, se détacha à moitié, puis se rompit dans le péritoine; elle contenait du sang noir et des caillots anciens.

Cette poche est enlevée par lambeaux, et sa base se continue avec la trompe, qui n'est autre que le cordon bosselé signalé plus haut. Cette portion de la trompe se continue avec la corne utérine gauche.

Le pédicule est coupé après avoir été lié entre deux ligatures. Je n'ai pas vu nettement l'ovaire gauche, qui n'a pas été reconnu. Il est probable que le kyste séreux qui s'est rompu au début de ce second temps de l'opération était formé aux dépens de cet organe, dont les débris ont été enlevés avec les pinces appliquées sur les parties déchirées qui saignaient abondamment.

Après cette double opération, en relevant les intestins en arrière, on voyait la cavité formée par l'utérus en avant, le sacrum et le rectum en arrière.

Cette cavité à surface tomenteuse, rougeâtre, résultant de la déchirure des adhérences qui unissaient la grosse tumeur primitive à ces surfaces, donnait du sang et était remplie de caillots anciens.

Elle fut lavée avec soin et longuement avec de l'eau bouillie.

Quand elle fut débarrassée du sang et des caillots, une compression méthodique fut pratiquée avec deux grosses éponges, et après quelques

minutes nous fûmes certains que le suintement sanguin était insignifiant.

L'ouverture abdominale fut refermée avec huit sutures profondes.

L'opération avait duré une heure dix minutes.

J'avais donc enlevé deux trompes atteintes d'hémato-salpyngite. La droite, plus volumineuse, était tombée dans le cul-de-sac recto-utérin et y était fixée par des adhérences. Elle fut enlevée en entier, telle que je l'ai présentée dans la dernière séance. L'autre était restée à sa place à gauche et était fixée derrière le trou sous-pubien contre la face interne du bassin ; mais le kyste sanguin était constitué surtout par la partie de la trompe qui correspond au pavillon. Les parois étaient tellement minces que la poche se rompit plusieurs fois, et elle fut enlevée par lambeaux avec des pinces. Le reste de la trompe hypertrophiée fut seul enlevé après ligature.

Les suites de cette opération furent des plus simples. Après deux jours, l'écoulement sanguin venant de l'utérus s'arrêta pour ne plus reparaître. Une seule fois il y eut 38° le soir.

J'enlevai les fils le 8e jour, et aujourd'hui 8 décembre l'opérée peut être considérée comme hors de danger. (Le 15 décembre elle était complètement guérie.)

Je ne veux pas insister longuement sur les nombreuses considérations qui pourraient servir de commentaires à cette observation. Cependant je rappellerai d'abord que chez ma malade nous avons constaté les symptômes ordinaires et les signes de l'hémato-salpyngite tels qu'ils ont été indiqués surtout par Lawson Tait.

Accidents péritonéaux dans le petit bassin ; hémorrhagies profuses avec redoublement des douleurs et des pertes au moment des règles : enfin tumeur fixe derrière l'utérus. Le diagnostic était donc probable et possible, mais l'expérience seule permettra plus tard de l'établir avec exactitude.

Je ferai remarquer aussi que ces tumeurs, qui amènent souvent la mort par rupture, par suppuration ou par épuisement de la malade, doivent être opérées de bonne heure. Les adhérences qu'elles contractent avec le bassin rendent l'opération difficile au début, et plus tard elle peut devenir impossible, car on ne peut les détruire. Le fait a été affirmé par tous ceux qui ont opéré ce genre de lésions, notamment en Angleterre.

Enfin je terminerai en disant que l'opération est possible, qu'elle peut ne se faire qu'avec la main, sans le secours de la vue, au moins dans la plupart des cas.

Je crois aussi que le lavage exact du péritoine avec l'eau bouillie et filtrée m'a rendu dans ce cas un grand service, en permettant un nettoyage parfait de la profondeur du bassin et en débarrassant les replis du péritoine de tous les caillots qui étaient tombés dans le cul-de-sac rétro-utérin.

A propos du procès-verbal.

M. Terrier. Absent lors de la dernière séance, je n'ai pu prendre la parole à propos de la communication de M. Larger sur l'origine du tétanos. Mais je ne puis me dispenser de rappeler que M. Nocard, d'Alfort, auquel j'avais écrit, a publié une note sur ce sujet dans le *Recueil de médecine vétérinaire* du 15 octobre 1886 (p. 733). Dans cette note, il affirme n'avoir jamais observé un cas de tétanos chez les élèves, ni chez les palefreniers de l'Ecole d'Alfort, sans cesse en contact avec les chevaux et portant fréquemment aux mains des excoriations. Moi-même, pendant les quatre années que j'ai passées dans cette école, je n'ai jamais vu le tétanos se développer ni chez les élèves ni chez les employés. M. Goubaut, qui, depuis quarante ans au moins, enseigne l'art vétérinaire, ne se rappelle non plus aucun cas de tétanos dans le personnel de l'école.

Enfin, nous avons écrit aux Écoles de Lyon et de Toulouse pour nous renseigner sur cette question, et nous ferons connaître la réponse. Mais si le tétanos se communique du cheval à l'homme, il serait étrange que dans les écoles vétérinaires, où les cas de morve aiguë et chronique se rencontrent de temps en temps chez les élèves, le tétanos n'eût jamais été observé.

Rapport.

Ulcère du dos. — Diagnostic difficile; ablation, guérison. — Récidive; ablation nouvelle et guérison, par M. Defontaine (du Creusot).

Rapport par M. Terrier.

Tel doit être le titre actuel de l'observation que nous a adressée M. le Dr Defontaine, qui n'est autre que l'observation d'un malade présenté à notre Société, le 27 mai 1885. Voici ce fait :

G..., 53 ans, avait dans le dos une petite tumeur, du volume d'une noisette, qui fut enlevée le 7 juin 1882 et caractérisée comme étant un kyste sébacé. La plaie résultant de cette ablation ne se cicatrisa pas, malgré les topiques divers utilisés, et on dut la cautériser au fer rouge en 1883, c'est-à-dire environ un an après l'opération. Cette cautérisation amena une guérison presque totale en 1 mois et demi; toutefois, l'ulcération s'épaissit assez vite. Pendant 4 à 5 mois, M. Ollier soumit le malade à un traitement antisyphilitique, sans résultat d'ailleurs.

C'est en 1885 que M. Defontaine vit le malade; des pansements furent faits à l'éther iodoformé, à la teinture d'iode, au chlorure de zinc, mais sans résultats favorables. Cet homme robuste n'avait aucun antécédent morbide, sauf une fluxion de poitrine; rien du côté de ses ascendants (père mort à 81 ans d'apoplexie, mère morte à 72 ans d'un anthrax).

M. Defontaine, ne sachant à quoi attribuer cette ulcération persistante, conduisit le malade à Paris et le présenta à la Société de chirurgie:

L'ulcération était alors divisible en deux parties : l'une supérieure, de 25 centimètres carrés ; l'autre inférieure, de 6 centimètres carrés; ces deux pertes de substance étaient séparées l'une de l'autre par un pont de tissu cicatriciel large d'environ un demi-centimètre. Le fond de l'ulcère était gris jaunâtre par places, rouge en d'autres points; les bords faisaient une saillie de 1 centimètre à 3 ou 4 millimètres sur le fond de l'ulcère. En haut, ces bords étaient décollés; en bas, ils se continuaient avec le fond de la plaie.

Les opinions formulées par les membres de la Société furent fatalement diverses :

La syphilis, affirmée par M. Just Championnière, fut regardée comme probable par MM. Trélat et Tillaux. M. Lannelongue pensa à la tuberculose; je partageai cette manière de voir et conseillai un grattage et l'iodoforme. Le professeur Verneuil fit des réserves à l'égard d'un épithélioma ulcéré et conseilla l'extirpation si le traitement antisyphilitique ne réussissait pas. En fait, M. Defontaine résolut de faire subir un nouveau traitement spécifique à son malade avant d'en arriver à l'extirpation.

Ce traitement fut commencé le 4 juin 1885. Localement on utilisa l'onguent napolitain ; comme traitement général : frictions mercurielles et iodure de potassium à 4 grammes par jour.

Le 12 juin, il y eut de la stomatite mercurielle, on supprime les frictions et diminue l'iodure. Quant à la plaie, elle est très rétrécie et tous les petits cratères qui l'avoisinent sont détergés, si bien que le 2 juillet la cicatrisation de l'ulcère est très avancée, mais non totale.

On continue les pansements avec l'onguent napolitain et l'iodure.

Le 14 août, la plaie a moins bon aspect, les bords tendent à s'ulcérer et se décollent. On revient à un traitement rigoureux : frictions mercurielles et iodure de potassium, traitement qu'on continue jusqu'au 4 septembre, époque où, fatigué, le malade ne peut plus supporter ce traitement.

Le 11 septembre, l'ulcère grandit, les parties cicatrisées tendent à se détruire ; on cesse le pansement à l'onguent mercuriel et l'ablation est résolue en principe.

L'opération fut faite à l'aide du thermocautère, le 6 octobre 1885.

A ce moment, dit le Dr Defontaine, l'ulcère offrait les caractères suivants : perte de substance ovalaire, à grand diamètre vertical de 10 à 11 centimètres et à petit diamètre transversal de 5 centimètres. Son bord interne atteignait presque la ligne des apophyses épineuses.

On pouvait y distinguer trois parties : une principale, ayant un centimètre de profondeur et à bords taillés à pic ; une 2e partie aussi creuse, plus étroite, la prolongeant en bas et en dehors, mais séparée de la première partie par une jetée de tissu non ulcéré, bien que brunâtre et cicatriciel. La 3e partie était une ulcération peu profonde, formant au bord externe de la plaie une marque festonnée large d'environ un centimètre.

Le fond de l'ulcère, mamelonné, offrait des stries rougeâtres, ressemblant à des fibres musculaires dénudées ; entre ces stries était du pus jaunâtre mélangé de lambeaux cellulaires.

Les bords, taillés à pic, étaient décollés en certains points et même ulcérés.

Notons que, sauf quelques picotements, comparables à ceux que ferait une fine aiguille, le malade ne souffrait nullement de cette lésion.

L'ablation donna lieu à une large plaie de 18 centimètres de long sur 12 de large ; elle s'étendait des apophyses épineuses, mises à nu, jusqu'à l'omoplate, dont la pointe répondait au fond de la plaie.

La cicatrisation par suppuration fut donc longue à se faire, et elle ne fut parfaite qu'au bout de 4 mois (8 février 1886).

Les pansements furent faits successivement : au sublimé, à l'iodoforme, au vin aromatique et à la vaseline. Ils n'ont donc pas été aussi antiseptiques que veut bien le dire M. Defontaine. Toujours est-il que la cicatrice mesurait 15 centimètres de long sur 5 et demi de large.

La partie enlevée démontrait que l'ulcération reposait sur une base indurée de 2 millimètres d'épaisseur, qui elle-même était sous-jacente à du tissu cellulo-adipeux. En bas, cependant, il existait des fibres musculaires, légèrement infiltrées et de teinte brunâtre. Cette pièce fut adressée à notre ami le Dr Malassez, chef du laboratoire d'histologie au Collège de France ; or, voici ce qu'il a trouvé : «Le fond et le voisinage de l'ulcération sont constitués par du *sarcome fasciculé*, néoformation qu'on pourrait rapprocher de certaines chéloïdes. Pas de traces *d'épithélioma.* Rien qui ressemble à une lésion tuberculeuse ; rien non plus qui permette *d'affirmer ou de nier* l'existence d'une syphilis concomitante. »

L'observation de M. Defontaine se terminait là, mais elle était incomplète en ce sens que son malade n'était guéri que temporairement.

Au commencement de juillet 1886, soit dix mois après la première opération et six mois après la guérison de la plaie, G... s'aperçut d'une tache sur sa chemise et fit constater l'existence d'une petite ulcération de sa cicatrice. Cette ulcération grandit très vite, et atteignit en quarante-huit heures la dimension d'une pièce de 1 franc ; de plus, elle était profonde et avait un fond décollé. La plaie était baignée d'un exsudat fétide, glaireux, un peu puru-

lent. M. Defontaine résolut d'agir de suite et de faire l'ablation de l'ulcère.

L'opération fut faite le 6 juillet 1886, et consista à enlever toute la région malade dans une étendue de 11 à 12 centimètres, dans le sens vertical, et de 9 à 10 centimètres transversalement. Par cette ablation, on conservait un croissant externe et inférieur de l'ancienne cicatrice, parfaite en ce point. A la partie externe, les côtes et les intercostaux furent dénudés; à la partie interne on dut évider les gouttières vertébrales et reséquer les quatre apophyses épineuses correspondantes.

Le malade, affaibli pendant quelques jours après cette intervention, reprit ses forces, et la plaie se répara très régulièrement. Les pansements furent faits: au sublimé, à l'acide phénique, et enfin à la vaseline pure; en un mot, ils furent antiseptiques ou aseptiques.

La cicatrice fut quatre mois à se faire, et actuellement il reste une cicatrice de 10 centimètres sur 7 centimètres, lisse, souple, ayant à son centre quelques lamelles épidermiques près de se détacher. Cette cicatrice se confond absolument avec ce qui restait du tissu inodulaire de la première opération.

L'état général est excellent et le malade ne ressent absolument rien du côté de sa plaie cicatrisée.

Est-ce à dire qu'il ne faille pas se défier et craindre encore une récidive? Nous ne pouvons nous prononcer à cet égard avec autorité; toutefois, étant donné la nature de la tumeur (sarcome fasciculé ou tumeur fibro-plastique), il est permis de craindre une reproduction plus ou moins tardive du mal.

Comme le fait remarquer M. Defontaine, si les sarcomes primitifs cutanés sont assez rares, car Perrin (de Marseille) n'a pu en réunir que sept cas, il est encore plus exceptionnel d'observer des ulcères dus à la dégénérescence sarcomateuse. Ceci explique la difficulté du diagnostic et les opinions diverses émises sur la nature de cette ulcération, tout à fait anormale comme cause. C'est précisément la rareté du fait qui a engagé M. le Dr Defontaine à le soumettre dans tous ses détails à la Société de chirurgie, d'autant que le malade lui avait été précédemment présenté.

Aux ulcérations spécifiques, tuberculeuses ou épithéliales, il faut donc ajouter les ulcérations cutanées sarcomateuses; telle est la très juste conclusion de M. Defontaine.

Nous vous prions, Messieurs, de vouloir bien adresser des remerciements à l'auteur de cette observation et d'autoriser le dépôt de ce travail dans nos archives.

Discussion.

M. Trélat. Je suis un peu surpris d'entendre M. Terrier parler de la rareté des sarcomes de la peau. Pour ma part, je me rappelle en avoir enlevé une dizaine. J'ai le souvenir très présent d'un sarcome de la peau du dos opéré par moi, d'un sarcome de la face et d'un autre de la peau de la région du sein. Il s'agissait, bien entendu, de sarcomes primitifs. Mon impression est que le sarcome de la peau ne peut être considéré comme aussi rare qu'il vient d'être dit.

M. Pozzi. Il y a cinq ans, j'ai enlevé un sarcome de la peau qui occupait la région claviculaire. C'était un sarcome fasciculé et nucléaire, tumeur embryoplastique de Robin, à l'examen duquel il fut soumis. L'opéré n'eut pas de récidive pendant cinq années et est mort d'une autre affection.

M. Terrier. Mon expérience personnelle ne me permet pas de trancher la question de la fréquence du sarcome cutané ; j'en ai parlé d'après ce que m'ont appris mes lectures. Mais je ferai remarquer que M. Trélat n'en a pas observé plus d'une dizaine dans toute sa pratique. Je me demande même si l'examen microscopique a été toujours suffisamment complet pour qu'on puisse affirmer qu'il s'agissait de sarcomes et non de fibromes en voie d'évolution.

Une tumeur du sein, que j'avais enlevée après avoir diagnostiqué un fibrome, fut soumise à l'examen de M. Ranvier, qui trouva à la périphérie les caractères du sarcome.

La thèse récente de M. L. Perrin sur la *sarcomatose cutanée* tend à affirmer la rareté de cette affection.

M. Trélat. Ce que j'ai dit ne doit pas être appliqué aux tumeurs du sein ; le diagnostic des tumeurs sarcomateuses de la glande est une question très litigieuse. Je n'ai entendu parler que des sarcomes de la peau, dont j'admets, d'ailleurs, la rareté relative.

Les conclusions du rapport (remerciements adressés à l'auteur et dépôt de son observation aux Archives) sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

Opération de Battey. — Guérison des douleurs et de l'hystérie,
par M. Terrier.

Dans la séance du 8 juillet 1885, j'ai communiqué à la Société

de chirurgie une opération de Battey, pratiquée pour faire cesser des douleurs ovariennes et des crises d'hystérie au moment des règles. Le résultat fut excellent et s'est maintenu jusque dans ces derniers temps, où j'ai perdu la malade de vue.

Depuis cette opération, deux autres vous ont été rapportées par mon ami le Dr Terrillon ; l'une le 16 juin 1886, pour des accidents hystériques, névralgie des ovaires et hémorrhagies internes ; l'autre le 23 juillet 1886, pour une névralgie utéro-ovarienne avec irradiation douloureuse dans le bassin, chez une hystérique.

Or, à propos de cette dernière opération, je fis allusion à une seconde opération de Battey faite par moi, dans le but de remédier à des accidents analogues, et j'insistai sur les résultats parfois différents que l'on obtient dans ces conditions anormales et surtout à propos des accidents hystériques des sujets opérés.

C'est cette deuxième observation, encore inédite, que je communique aujourd'hui à la Société :

Douleurs ovariennes. — Accès hystériques. — Opération de Battey. — Guérison.

Mme D..., âgée de 33 ans, mécanicienne, entre dans le service, salle Chassaignac, le 8 décembre 1885.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 48 ans, phthisique et alcoolique. Mère âgée de 77 ans, bien portante ; elle n'est pas nerveuse. Un frère est mort à 30 ans, des suites d'un refroidissement ; il n'était pas nerveux. Sept autres enfants sont morts en bas âge sans qu'elle puisse dire de quelles maladies.

La malade est née à Paris et y a toujours habité ; elle a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 29 ans. Mariée il y a cinq ans, elle eut, douze mois après, un péritonite, suite de couches. Depuis elle a toujours été plus ou moins souffrante. Elle a eu sa première attaque il y a dix-huit mois environ, à l'époque de ses règles : subitement, dit-elle, au moment où elle se préparait à partir pour une promenade dans le bois de Vincennes, elle serait restée sans connaissance une demi-heure. En même temps, elle souffrit de douleurs dans le pied et le côté gauches. Les renseignements qu'elle donne sont, du reste, insignifiants. Elle a consulté un médecin qui lui a prescrit du bromure de potassium, de la gentiane et des gouttes amères, et, comme elle se plaignait de douleurs très vives dans le côté gauche de l'abdomen, il lui ordonna de mettre en ce point un vésicatoire volant.

Depuis lors, elle a eu des attaques au moment de chacune de ses époques, tantôt après, quelquefois avant et après. Elle voit régulièrement tous les mois, mais la quantité de sang perdue est variable.

Les accidents dont elle se plaint maintenant sont surtout des douleurs intolérables dans le côté gauche du ventre ; elle a en même temps la sensation d'une boule qui lui remonte vers la gorge ; aussitôt son

attaque la prend. Elle n'a perdu connaissance que trois ou quatre fois seulement. Elle a, en outre, une sensation continuelle de tiraillement dans le côté gauche du ventre et de la poitrine.

Sous le sein gauche existe une zone mal limitée, assez sensible à la pression, qui, énergique et continue, causerait, prétend-elle, une attaque. Cependant l'examen ne produit qu'un simple malaise. Il en est de même pour la compression des ovaires des deux côtés; elle ne détermine pas une très forte douleur.

Depuis trois mois la malade a cessé son traitement bromuré, qui ne lui a pas fait grand'chose. Elle a vu plusieurs médecins sans résultat, et, en dernier lieu, M. Doléris, qui, après un examen sous l'anesthésie, me l'envoya à l'hôpital Bichat.

Premier examen, fait le samedi 12 *décembre* 1885,
par le Dr Paul Magnin.

Sensibilité générale (piqûre, chaleur, froid, toucher). — Diminution légère à droite ; ce serait plutôt un simple retard.

Sens musculaire également légèrement diminué. — La malade porte moins facilement et avec moins de précision son index droit au lobule de l'oreille droite que son index gauche à l'oreille gauche.

Les yeux fermés elle se tient plus difficilement sur la jambe droite que sur l'autre. — Parfaite notion des positions des membres (en rapport avec le peu d'anesthésie).

Sensibilité spéciale; ouïe. — Légère diminution à droite. Le chatouillement du conduit auditif est un peu moins senti de ce côté.

Odorat (chatouillement et éther sulfurique). — Différence un peu plus marquée que pour l'ouïe et toujours dans le même sens.

Goût (Chatouillement, piqûre, coloquinte). — Mêmes résultats. — Langue, pharynx et voile du palais.

Vue. — Différence très minime. — Elle voit les couleurs des deux yeux, peut-être, dit-elle, un peu plus pâles à droite (?) Pas de troubles de sensibilité du globe oculaire.

Force musculaire (mesure au dynamomètre). — Main droite, 33; main gauche, 35 à 36.

Cette différence minime doit être augmentée un peu, car la malade a toujours été droitière. D'autre part, elle fait remarquer qu'elle a toujours été plus faible du côté droit et que lorsqu'elle fait un effort (soulève un poids, porte un fardeau), c'est le bras gauche dont elle se sert. Le membre inférieur gauche est aussi plus fort que le droit.

En somme : très légère diminution de la sensibilité générale, plus marquée de la sensibilité spéciale du côté droit. A ne considérer que ces troubles peu considérables, ses accès doivent être plutôt des crises hystériques que de grandes attaques.

Deuxième examen, le 21 *décembre* 1885.

Sensibilité générale; sens musculaire; odorat. — Même état. Pour

l'ouïe, la vue et le goût surtout, il paraît y avoir une légère augmentation de l'anesthésie.

Ouïe. — A 30 centimètres (tube interauriculaire) environ de son oreille droite, la montre est encore entendue à gauche.

Goût. — Différence plus marquée que le 12.

Vue. — La malade nous dit que depuis son premier examen sa vue a tendance à s'affaiblir par moments, et cela pour les deux yeux, mais surtout à droite. Elle voit pourtant bien tous les objets qu'on lui présente; cependant la conjonctive du côté droit est anesthésique, alors qu'elle ne l'était pas le 12 courant. Sensibilité parfaite de la cornée et du globe oculaire gauches.

Dynamomètre. — main droite, 33 ; main gauche, 33.

Elle a eu plusieurs accès dans le service ; la surveillante nous dit que ce sont de petites attaques, sans perte de connaissance, qui cessent rapidement avec un peu d'eau froide sur le visage.

Troisième examen, le 6 *février* 1885.

La malade, sortie du service pendant quelque temps, y est rentrée le 18 janvier 1886, réclamant une opération. Les douleurs lui rendent, dit-elle, la vie intolérable. Pendant son absence, elle a eu trois attaques, soi-disant avec perte de connaissance ; mais elle joint à un état cérébral hystérique marqué une insuffisance cérébrale telle qu'il n'y a qu'un compte relatif à tenir de ce qu'elle dit, pas plus que des grimaces qu'elle fait quand on l'examine.

Au moment de ses époques, elle a eu dans le service deux petites attaques: la première, très légère, au moment de l'apparition des règles; la seconde, un peu plus forte, coïncidant avec la fin des époques. Elle a cédé à la compression modérée des ovaires, pratiquée pendant deux minutes au plus. Il n'y a, du reste, qu'une ovarie légère, déterminée par une forte pression prolongée (plus à droite qu'à gauche). Peut-être déterminerait-on une attaque en insistant.

L'examen de la sensibilité générale et spéciale permet de constater identiquement le même état que lors du second examen.

En résumé : accidents hystériques et ovarie peu marqués du côté droit. La malade entre pour ses douleurs abdominales du côté gauche, intolérables au moment des menstrues et coïncidant alors avec de petites attaques.

L'ablation des deux ovaires fut pratiquée le 7 février 1886, avec l'aide de mes amis Périer, Championnière et Berger.

Pendant la chloroformisation, la malade fut prise d'une agitation violente, de rires convulsifs et de vomissements bilieux.

Je pratiquai l'incision de la paroi sous l'ombilic jusqu'au pubis ; elle donna lieu à une hémorrhagie assez considérable. La graisse sous-péritonéale, très vasculaire et très abondante, fut réséquée. Le péritoine, très mince, fut saisi avec la pince et j'y fis une ouverture avec le bis-

touri; je l'agrandis ensuite avec les ciseaux. Les intestins et l'épiploon furent maintenus dans la cavité par des compresses phéniquées.

J'allai ensuite à la recherche de l'ovaire droit, qui fut facile à trouver et à attirer en haut, car il était libre d'adhérences. Deux fils en X furent passés à travers son pédicule; la trompe fut réséquée de ce côté et l'ovaire excisé. Le pédicule fut rentré dans la cavité abdominale.

L'ovaire gauche fut senti, mais il était tout à fait adhérent et ne pouvait être attiré en haut. L'incision de la paroi fut agrandie avec des ciseaux jusqu'au-dessus de l'ombilic. Les intestins furent refoulés à droite par des linges et des éponges plates, et la paroi fut fortement tirée à gauche par deux écarteurs. Ce fut alors seulement qu'avec une aiguille de Deschamps mousse je pus passer un fil sur le pédicule utérin de l'ovaire, à peu de distance de la corne de l'utérus. Un autre fil fut placé de la même manière en dehors de l'ovaire, sur le pédicule utéro-ovarien.

Les fils une fois serrés, la plus grande partie de l'ovaire gauche fut excisée entre eux, et ils furent sectionnés.

Suture de la paroi avec huit fils d'argent profonds et huit superficiels.

Durée : cinquante minutes. Lister complet.

9 *février*. Quelques vomissements après l'opération ; deux injections de morphine.

Soir : T. 37°,7, P. 80, R. 30.

10 *février*. Vomissements muqueux et bilieux pendant la journée; insomnie et agitation pendant la nuit précédente. Champagne, glace, eau de seltz ; trois injections de morphine dans les vingt-quatre heures; urine, 800 grammes ; météorisme.

Matin : T. 37°,6, P. 78, R. 26 ; soir : T. 38°, P. 88, R. 24.

Pouls petit, face grippée.

11 *février*. Insomnie et agitation pendant la nuit ; gaz par l'anus.

Matin : T. 37°,7, P. 78, R. 22 ; soir : 38°,4, P. 100, R. 30.

12 *février*. Persistance de l'insomnie et de l'agitation; bromure de potassium ; météorisme ; vomissements bilieux et noirâtres ; urine, 500 grammes.

Matin : 38°,5, P. 108, R. 28 ; soir : T. 38°,5, P. 112, R. 22.

13 *février*. Jusqu'à 1 heure du matin, agitation et insomnie malgré des injections de morphine ; vomissements presque continuels de liquide bilieux, foncé ; cris fréquents, mais pas de délire. Après 1 heure, calme et sommeil ; cessation des vomissements. Potion de Rivière; suppression du bromure ; glace ; lait ; eau de Vichy. Le météorisme abdominal a un peu disparu ; urine, 800 grammes.

Matin : 38°, P. 110, R. 24 ; soir : 38°, P. 126, R. 29.

14 *février*. La nuit a été meilleure, pas de vomissements ; quelques heures de sommeil ; émission spontanée de gaz par l'anus ; trois crises nerveuses pendant la nuit ; le matin, sommeil assez calme, face colorée ; pendant la journée, deux vomissements bilieux ; une selle en diarrhée. La malade urine seule (1 litre) ; même régime : glace ; lait; eau de Vichy.

Matin : 37°,9, P. 118, R. 24 ; soir : 38°,8.

La malade passe dans la salle commune. Météorisme beaucoup moindre.

15 *février*. La nuit a été calme ; le matin, la malade repose ; langue blanche, épaisse ; diarrhée et vomissements bilieux ; ablation de sept fils superficiels et de quatre profonds.

Matin : 37°,6 ; soir : 37°,8.

16 *février*. Insomnie et diarrhée continuelle jusqu'à minuit ; deux selles jusqu'au matin. Lait ; eau de chaux ; bismuth. Même état de la bouche ; haleine fétide.

Matin : 37°,4 ; soir 37°,2.

17 *février*. Bonne nuit ; quatre heures de sommeil ; diarrhée moindre. De temps en temps, quelques petites douleurs péri-ombilicales ; ablation des cinq derniers fils ; deux selles pendant la journée ; la malade a vomi le lait une fois, mais a gardé le potage.

Matin : 37° ; soir : 37°.

18 *février*. Nuit calme ; deux selles ; émission abondante de gaz.

Matin : 37° ; soir : 38°.

19 *février*. Même état.

Matin : 37°,6 ; soir : 38°.

20 *février*. Bonne nuit. Le matin, le pansement est souillé d'un peu de pus et de sang noirâtre, provenant d'un des points de suture. Lait et potage ; deux selles dans les vingt-quatre heures ; gaz.

Matin : 37°,6 ; soir : 37°.

21 *février*. Pas de diarrhée ; calme ; bon état général ; même régime.

Matin : 37° ; soir : 37°.

22 *février*. La diarrhée a recommencé pendant la nuit ; soif assez vive ; tisane albumineuse et même régime. Le point de suture qui avait suppuré est à peu près tari. Une selle seulement pendant la journée.

Matin : 37°,4 ; soir : 37°,4.

23 *février*. Même état. Cessation de la diarrhée.

24 *février*. Nuit calme ; émission abondante d'urine claire ; pas de selle ; lait et potage ; œufs pris avec plaisir.

Matin : 37° ; soir : 37°,6.

26 *février*. Même état général satisfaisant ; pas de douleurs ; la langue se nettoie ; appétit bon (viande, œufs, lait, potages) ; selles régulières.

Cette date est celle de ses règles ; la malade éprouve, comme aux époques précédentes, quelques vertiges, quelques étouffements, mais très atténués, pendant l'après-midi seulement ; nul écoulement ne se produit.

Matin : 37° ; soir : 37°.

La veille, la malade a eu 38°.

27 *février*. Les sensations d'étouffements et de vertige n'ont pas reparu ; nul écoulement ; bien être ; bon appétit et bon état général.

La cicatrisation est presque complète.

2 *mars*. La malade se lève pour la première fois.

3 *mars*. La malade tousse un peu ; rien à l'auscultation.

Matin : 38° ; soir : 37°,6.

6 *mars.* La toux persiste ; vomissements muqueux et bilieux ; la malade se sent courbaturée et mal à l'aise ; rien à l'auscultation ; pas de douleurs abdominales ; pas de point de côté ; une selle normale.

7 *mars.* Même état ; quelques éructations et vomissements ; persistance de la toux sans signes stéthoscopiques.

Matin : 38°,8 ; soir : 38°,8.

8 *mars.* La malade a encore vomi pendant la nuit et un peu moins pendant le jour.

Matin : 38° ; soir : 39°.

9 *mars.* Même état.

Matin : 37° ; soir : 38°.

10 *mars.* Cessation des vomissements, encore un peu de toux.

Matin : 37°,6 ; soir : 37°,8.

11 *mars.* Un frisson le matin. Pas de signes stéthoscopiques.

Matin : 38°,5 ; soir : 38°,8.

12 *mars.* La malade se sent mieux et ne tousse presque plus. Appétit et digestion normaux.

13 *mars.* Sans lésions pulmonaires appréciables, sans cause autre qu'une discussion de famille, la malade a le soir 40°.

14 *mars.* La température est descendue à 37°,2, et la malade quitte le service.

Le 21 avril 1886, le Dr Paul Magnin a été voir la malade chez elle.

Après sa sortie, elle a continué à avoir des vomissements glaireux et des étouffements. Elle dit avoir rendu du sang à la suite de quintes de toux. Son état de faiblesse l'a forcée à garder le lit.

Du 27 au 30 mars, époque où elle voyait habituellement ses règles, elle n'a eu aucun écoulement, mais, le 7 avril, elle a été prise de douleurs de ventre très vives, surtout du côté gauche. En même temps, elle a eu une hémorrhagie considérable pendant quatre jours. Le troisième jour, elle a été consulter M. Doléris, qui lui a dit qu'elle n'avait pas à s'en préoccuper. En effet, les pertes ne tardèrent pas à cesser.

Depuis lors, elle va mieux, se lève, va et vient ; il n'y a que son côté qui, dit-elle, ne va pas. Douleurs du côté du cœur, dyspnée considérable. Elle est souvent obligée de se lever pendant la nuit, parce qu'elle étouffe.

Examen de la poitrine : inspiration un peu soufflante, expiration prolongée ; quelques petits râles, résonance exagérée à la percussion. Battements cardiaques un peu marqués à la pointe, premier bruit renforcé.

Sensibilité générale (piqûre, toucher, chaleur, froid) absolument égale des deux côtés.

Dynamomètre. — Main droite, 32,20 ; main gauche, 28,27.

Sens musculaire, intact des deux côtés pour les quatre membres. Peut-être existe-t-il une légère différence lorsqu'elle se tient debout, les yeux fermés? Le membre inférieur gauche serait un peu plus faible que l'autre.

Sensibilité spéciale ; vue. — Les deux conjonctives sont sensibles,

ainsi que les cornées. Elle voit les couleurs également des deux yeux.

Odorat (piqûre, chatouillement, éther sulfurique) normal pour les deux côtés.

Goût (langue, pharynx) (pipûre, chatouillement, coloquinte) normal des deux côtés.

Ouïe (chatouillement, piqûre, montre au tube interauriculaire) identique pour les deux oreilles.

En résumé, tous les accidents nerveux ont disparu. Il reste à la malade son état cérébral hystérique et ses légers accidents pulmonaires, qui ne dépendent nullement d'une névrose.

Les douleurs abdominales ont disparu, soit spontanées, soit provoquées, même par pression très énergique.

Enfin, il n'existe plus aucune différence de sensibilité entre les deux côtés du corps.

Le 27 *novembre* 1886, c'est-à-dire il y a quinze jours, le Dr Paul Magnin a revu notre opérée; elle perd régulièrement tous les mois, sans toutefois que ces pertes apparaissent à une date fixe. A ce moment-là, elle souffre de quelques troubles très légers, mais elle n'a jamais eu d'attaque. Depuis l'opération, du reste, elle n'en a eu qu'une seule, qui s'est déclarée, il y a une quinzaine de jours, à propos d'une forte contrariété; elle tenait un seau de la main gauche, et elle est tombée du même côté. L'accès a duré une heure, prétend-elle.

Les douleurs abdominales ont complètement disparu, et, malgré quelques troubles digestifs et des étouffements insignifiants, la malade dit qu'elle se sent bien. Elle avoue aussi qu'elle est beaucoup moins nerveuse, et que son mari le dit, du reste, à qui veut l'entendre. Elle s'émotionnait antérieurement à propos d'un rien; maintenant, elle se maîtrise facilement.

Avant l'opération, les rapports sexuels lui étaient non seulement désagréables, mais la mettaient dans un état de surexcitation extraordinaire; depuis, ils ne lui produisent plus cet effet, sans lui causer cependant aucun plaisir.

Les troubles de sensibilité générale et spéciale ont complètement disparu (conditions identiques à celles du dernier examen).

La santé est excellente, la patiente a engraissé; qui plus est, son état cérébral hystérique s'est beaucoup amélioré, et elle est devenue presque intelligente (?).

(Tel est du moins l'avis du Dr Paul Magnin et de son confrère le Dr Aimé Magnin, qui ont vu la malade à toutes les phases de son histoire.)

En résumé, sans antécédents, sauf l'alcoolisme du père, Mme D... est prise à 31 ans, c'est-à-dire depuis dix-huit mois seulement, d'attaques hystériques au moment des règles, attaques coïncidant avec des douleurs violentes du côté gauche, vers la fosse iliaque. Depuis, soit avant, soit après, soit avant et après les règles, les

mêmes phénomènes hystériformes se reproduisent en même temps que les règles sont très douloureuses.

Le 12 décembre, le Dr Paul Magnin constate comme accidents hystériques : une très légère diminution de la sensibilité générale, et une diminution plus accusée de la sensibilité spéciale, surtout à droite.

Le 21 décembre, après un séjour à l'hôpital, deuxième examen confirmatif du premier.

La malade sort du service à la fin de l'année et y revient le 18 janvier 1886, demandant à être opérée pour calmer ses douleurs.

Le 6 février 1886, nouvel examen du Dr P. Magnin, qui constate des accidents hystériques peu accusés, avec ovarie à droite et petites attaques; même état de sensibilité générale et spéciale qu'au deuxième examen.

Le 9 février 1886, j'opère la malade. L'ablation de l'ovaire droit est des plus faciles et je résèque la trompe correspondante. Mais à gauche l'ovaire est fort adhérent et c'est avec peine que je pus en pratiquer une résection certainement incomplète, après avoir lié le pédicule utérin et utéro-ovarien de l'organe.

D'un côté, ablation facile et complète ; de l'autre, où la malade souffrait le plus, ablation incomplète après deux ligatures atrophiantes.

Les suites de cette opération, qui dura cinquante minutes, furent assez inquiétantes au début. En effet, pendant près de dix jours il y eut des vomissements fréquents, bilieux, et des accidents fébriles sérieux ; ultérieurement survint une diarrhée persistante, mais sans fièvre; la malade allait beaucoup mieux.

Le 26 février, soit quinze jours après son opération, Mme D... attendait ses règles et eut quelques vertiges et quelques étouffements, nul écoulement sanguin, pas de douleurs abdominales.

Au commencement de mars, la malade se lève et tousse un peu; cette toux détermine même des vomissements bilieux et de la fièvre, qui cessent au bout de quelques jours.

Le 13 mars, après une vive contrariété, 40°. Apyrexie le jour suivant, jour où la malade quitte le service.

M. Paul Magnin la revoit le 21 avril suivant. Du 27 au 30 mars, date probable de ses règles, pas d'écoulement; mais le 7 avril, douleurs vives dans le ventre et hémorrhagie abondante qui dura peu. Aujourd'hui, au dire de la malade, il persiste des troubles de la respiration et des douleurs névralgiques cardiaques ou intercostales, mais les accidents nerveux hystériformes ont disparu ainsi que les douleurs abdominales spontanées ou provoquées ; de plus les sensibilités générale et spéciale sont les mêmes à droite

qu'à gauche. Toutefois l'état psychique est celui d'une hystérique.

Il y a quelques jours, nouvel examen des Drs Paul et Aimé Magnin (27 novembre 1886).

Mme D... est réglée, ou plutôt voit tous les mois mais à des époques variables, ce qui tient très certainement à l'existence d'un reste d'ovaire du côté gauche. Pendant ces pertes, troubles nerveux légers, mais pas d'attaques de nerfs (depuis qu'elle a été opérée, elle n'a eu qu'une crise après une vive contrariété) ; de plus, elle n'a plus ces douleurs abdominales qui la faisaient horriblement souffrir et contre lesquelles elle réclamait à grands cris l'opération. Mais, en outre, l'état général s'est très amélioré ; Mme D... a engraissé, elle n'est plus aussi nerveuse, les troubles des sensibilités générale et spéciale ont complètement disparu, ce qui avait été déjà constaté en avril dernier.

Enfin, les rapports sexuels, qui jadis provoquaient des accidents hystériformes, sont supportés sans d'ailleurs produire de sensations voluptueuses.

MM. Paul et Aimé Magnin, qui ont étudié la malade avec soin, trouvent même son état psychique fort amélioré.

Tel est, Messieurs, le résumé de ce fait qui me paraît encore plaider, quoi qu'on en ait dit, en faveur de l'opération de Battey dans certains cas déterminés. Ici encore la malade est restée hystérique, mais on peut dire *au minimum*.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Deux fois j'ai eu l'occasion d'enlever les ovaires chez des hystériques. Ma première opérée avait au moment des règles des accidents formidables. Elle a succombé au bout de trois jours.

L'autre opérée était une femme hystérique qui n'était plus très jeune. Elle avait de grandes attaques, des douleurs continues entre les époques, et les accidents allaient s'aggravant, car elle n'avait plus que cinq ou six jours de repos chaque mois. Les diagnostics les plus variés avaient été faits à propos de cette malade ; on avait même cru à l'existence de tumeurs volumineuses. Je constatai seulement que l'ovaire était gros.

L'opération a été facile ; j'ai fait, avec l'assistance de MM. Périer et Terrier, l'extirpation des ovaires seuls. Les douleurs ont totalement disparu après l'opération. Une seule fois depuis, un peu de sang est apparu, simulant des règles. Quant au caractère, un changement évident s'est produit, car l'opérée constatait qu'avant l'opération elle se mettait constamment en colère et que depuis il n'en était plus de même. Elle n'a plus eu de grandes attaques, mais

quelques petites en dernier lieu, et elle a un peu engraissé.

L'opération a donc procuré une amélioration notable ; il est cependant resté dans le ventre des points douloureux qui gênent la marche. Mais j'avais prévu cette persistance et prévenu la malade.

Dans une autre opération, je n'ai pu arriver à trouver les ovaires. La malade, bien que les ayant conservés, a cependant été débarrassée de ses douleurs et a engraissé. Elle avait une hématocèle et c'est probablement parce que j'ai détruit les adhérences que la guérison a été obtenue.

La conclusion à tirer de ces faits, c'est que par l'ablation des ovaires on arrive à améliorer dans une certaine mesure la situation des hystériques. Mais c'est précisément le degré de cette amélioration qu'il est difficile de prévoir.

M. Monod. A deux reprises, j'ai fait l'opération de Battey, mais chez des femmes non hystériques.

Dans le dernier cas, il s'agissait d'une femme dont les règles étaient très douloureuses, par suite d'une imperforation de l'orifice interne du col utérin. Il y avait même, chez cette malade, une absence presque complète du corps de l'utérus. Elle perdait chaque mois du sang par l'anus et avait des douleurs atroces.

Je l'ai opérée avec les Drs Schwartz et Terrillon : nous avons trouvé des adhérences telles, entre les intestins, que ceux-ci ne pouvaient être écartés. J'arrivai à soupçonner l'ovaire à travers ces adhérences, mais lorsque je l'eus découvert, je constatai qu'il était adhérent à la partie postérieure et je ne pus l'amener dans la plaie. Jusqu'ici, la malade n'a pas eu les grandes douleurs qu'elle éprouvait avant l'opération.

L'autre malade a été opérée par moi il y a près d'un an. C'est la surveillante de mon service. Elle était atteinte de corps fibreux jugés inopérables et avait des pertes abondantes. Après avoir ouvert l'abdomen, je constatai que les fibromes ne pouvaient, en effet, être enlevés ; mais l'ablation des ovaires fut facile. Depuis l'opération, bien que j'aie enlevé la trompe, il y a eu chaque mois un écoulement sanguin et même, dans ces derniers temps, des hémorrhagies considérables pour lesquelles j'ai dû faire le tamponnement. Cette malade ayant 38 à 39 ans et les fibromes ayant diminué de volume, je tâche de gagner du temps en attendant l'époque de la ménopause.

M. Pozzi. La malade que j'ai présentée à la Société, et que j'ai opérée il y a un an, avait des ovaires adhérents. L'opération a présenté des difficultés et j'ai enlevé les ovaires seuls. Depuis, les règles ne sont pas revenues. Mais, au bout de six mois, la malade

s'est plainte de douleurs intercostales. Cependant elle a quitté l'hôpital à peu près guérie.

M. Terrier. La discussion doit se limiter. Je n'ai parlé que des opérations pratiquées pour des douleurs et des accidents hystériformes, et je laisse de côté tout ce qui se rapporte aux difficultés très réelles de l'opération de Battey.

Je ferai remarquer que si ma malade a vu ses règles revenir, c'est que je n'ai pu lui enlever complètement les deux ovaires.

Les accidents hystériformes qui sont le plus modifiés par l'opération sont ceux qui sont déterminés par l'apparition des règles. Voilà ce que paraissent établir les résultats obtenus jusqu'ici. L'hystérie ne guérit pas, mais elle se trouve réduite à un minimum.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire.

M. le Président annonce à la Société qu'une place de membre titulaire est vacante.

Les candidats ont un délai d'un mois pour faire connaître leurs titres.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 15 décembre 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Observations chirurgicales par le Dr Fraipont, assistant à l'Université de Liège;

3° Des lettres de MM. Quénu, Segond, Nélaton, Reynier, qui se portent candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante;

4° Le dixième fascicule du tome XII des *Bulletins et Mémoires* de la Société;

5° Une lettre de M. Jude Hue, de Rouen, membre correspondant, demandant une addition au procès-verbal de la séance du 11 août 1886.

A propos du procès-verbal.

M. Larger. En signalant l'absence de cas de tétanos dans le personnel de l'école d'Alfort, M. Terrier n'a, en somme, apporté qu'un fait négatif relativement à l'origine de cette affection. De mon côté, je me suis adressé à la plus importante maison d'équarrissage de Paris pour savoir si l'on observait le tétanos parmi les ouvriers employés au dépeçage des chevaux. Il m'a été répondu que jamais ces ouvriers n'étaient atteints de tétanos. Mais chez eux non plus on ne voit jamais de charbon.

Il se peut qu'ils acquièrent une immunité spéciale pour ces deux affections, ce qui n'aurait rien de bien étonnant, puisqu'on ne voit presque jamais les médecins contracter les maladies contagieuses, telles que la variole, en pratiquant les autopsies. En terminant, je tiens à faire remarquer que M. Verneuil n'affirme pas l'origine équine du tétanos. D'ailleurs, en ce qui me touche, je n'ai défendu, ici ou ailleurs, que la nature infectieuse et contagieuse du tétanos, rien de plus.

M. Terrier. J'ai dit seulement que depuis quarante ans M. Goubaut n'a jamais vu un cas de tétanos chez les élèves ou les employés de l'école d'Alfort, et cela est extraordinaire, si le tétanos est d'origine équine, puisque, dans le même milieu, on voit se développer la morve et le farcin.

Le fait de l'absence de tétanos chez les ouvriers de l'établissement d'équarrissage dont il vient d'être question est à l'appui de ma manière de voir. M. Larger invoque le non-développement du charbon chez ces mêmes ouvriers. Je puis lui répondre que, pour ma part, pendant les quatre ans que j'ai passés à Alfort, je n'ai pas observé une seule fois le charbon chez le cheval. Ce sont là des faits négatifs qu'il est bon de connaître. Je ne discute pas, mais je n'admets pas comme indubitable l'origine équine du tétanos.

J'ajouterai, en ce qui concerne la contagion de la variole par les autopsies, que j'ai moi-même, au début de mes études, contracté la maladie en disséquant à Clamart un varioleux.

Rapport.

Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine par la laparotomie et l'ouverture du kyste. — Observation par le Dr Bruch, d'Alger.

Rapport par M. J. Lucas-Championnière.

La grossesse extra-utérine est un accident heureusement rare, qui constitue une maladie de haute gravité. Les conditions du diagnostic sont parfois fort difficiles.

Il résulte de tout cela que la thérapeutique chirurgicale n'est pas bien fixée : beaucoup de moyens ont été proposés, des avis très différents ont été émis au sujet même de l'opportunité des opérations.

J'ai eu la bonne fortune d'observer plusieurs cas; j'ai fait avec succès deux graves opérations; aussi M. Bruch, d'Alger, nous ayant envoyé une intéressante observation de grossesse extra-utérine, j'ai pensé qu'il y avait lieu, dans mon rapport sur ce cas, de vous entretenir de quelques points touchant les opérations destinées à terminer la grossesse extra-utérine.

M. Bruch nous fait connaître un cas de grossesse extra-utérine terminé par la guérison et l'extraction du fœtus par la paroi abdominale. Cette observation est intitulée : *Grossesse extra-utérine; gastrotomie; guérison.*

Il s'agit d'un fait de grossesse extra-utérine ayant marché jusqu'au neuvième mois, suivie d'une rétention du fœtus pendant huit mois. M. Bruch intervient à cause d'accidents graves de septicémie menaçant l'existence de la femme, en pratiquant une incision à la paroi abdominale, ouvre le kyste adhérent à la paroi abdominale, et extrait le fœtus par débris; le kyste était déjà ouvert par le vagin; la malade guérit lentement et conserve encore une fistule peu importante. Voici cette observation :

Grossesse extra-utérine. — Gastrotomie. — Guérison,
par les Drs Bruch et Caussanel.

(N. B. — La première partie de cette observation a été prise par le Dr Caussanel.)

I. — Mme X..., 27 ans. Tempérament lymphatique. Père sain et d'une robuste constitution. Mère morte jeune, très probablement de tuberculose.

Mariée en 1878.

Couches et suites de couches normales, en 1879.

Menstruation régulière depuis.

Fièvre typhoïde assez grave en 1882.

Bonne santé depuis cette époque.

La seconde grossesse de Mme X..., la grossesse actuelle, remontait probablement à la fin de septembre ou aux premiers jours d'octobre 1884.

Règles pour la dernière fois le 27 septembre. Depuis, symptômes ordinaires de la grossesse : malaises, vomissements, dégoût des aliments, etc.

Dans le courant du mois d'octobre, Mme X... me fit part de son état. Je fus consulté à plusieurs reprises pour de très légères pertes de sang, qui se répétèrent pendant les deux premiers mois. Ces pertes étaient insignifiantes et se bornaient à une ou deux petite taches sanguines.

Le 8 novembre, on vint me chercher en toute hâte pour voir la malade, qui, disait-on, était dans un état grave. Je la trouvai relativement assez calme à mon arrivée. Pendant que Mme X... faisait des efforts de défécation, elle avait été prise de douleurs extrêmement violentes dans le ventre. Refroidissement, sueurs froides, collapsus momentané, enfin état très alarmant qui dura une demi-heure environ. Lorsque je la vis, les douleurs étaient calmées, le pouls régulier, la pâleur disparue, et rien ne pouvait donner une idée de la gravité des accidents qui venaient de se produire chez elle. Rien, jusqu'à ce moment, ne m'avait fait penser à la possibilité d'une grossesse extra-utérine chez Mme X... Très disposé à rattacher cette crise à sa constipation opiniâtre, je prescrivis un purgatif qui produisit le meilleur effet et la soulagea complètement. Ces crises douloureuses se reproduisirent à plusieurs reprises ; chaque fois, elles furent de courte durée, et semblèrent se juger par une garde-robe plus ou moins abondante.

Dans le courant du mois de décembre, Mme X... fut prise d'un malaise caractérisé par des douleurs abdominales, peu intenses, du reste, mais augmentant pendant la marche et la station debout. Constipation opiniâtre, perte de l'appétit, toux catarrhale (sans rien d'appréciable à l'auscultation), apyrexie complète. Cet état l'obligea à garder le lit pendant une quinzaine de jours, et au bout de ce temps elle se relevait parfaitement rétablie et ayant repris toutes les apparences et les habitudes d'une bonne santé.

Bien que j'aie songé à ce moment à la possibilité d'une grossesse extra-utérine, je pensai plutôt à une grossesse utérine avec rétroflexion.

On sentait, au toucher, une tumeur dure, occupant le cul-de-sac postérieur du vagin et comprimant le rectum. Le col utérin semblait faire un angle très prononcé avec le corps de l'organe, et les phénomènes douloureux disparaissaient avec des évacuations.

De janvier 1885 jusqu'à la seconde quinzaine de juillet, délai maximum de la gestation, la santé de Mme X... fut excellente, et elle put reprendre les habitudes de la vie ordinaire.

Pendant tout ce temps, je n'eus pas l'occasion de visiter de nouveau la malade, dont la grossesse paraissait suivre un cours ordinaire.

Le 26 juillet, Mme X... ressentit pendant toute la journée des dou-

leurs abdominales qu'elle compara à celles d'un début de travail. J'ignore si ce faux travail fut accompagné de l'expulsion d'une caduque. Rien ne me fut signalé ni montré.

Je fus appelé à examiner la malade.

Mon premier examen me laissa les doutes les plus grands sur l'existence d'une grossesse régulière, et, songeant aux accidents précédents, je diagnostiquai une grossesse extra-utérine.

On sentait une tumeur abdominale régulière, symétrique, manifestement fluctuante, et renfermant une masse solide irrégulière, mobile et donnant la sensation de ballottement. Aucun mouvement spontané perceptible dans la partie solide de la tumeur. Le volume du ventre correspond à une grossesse de sept à huit mois.

Auscultation. — Rien qui ressemble aux bruits du cœur fœtal. — Souffle très net au niveau de l'ombilic.

Toucher. — Le détroit supérieur est occupé par une tumeur solide, donnant au doigt, lorsqu'on la déprime un peu fortement, une sensation analogue à celle que donne la tête d'un fœtus dont les os sont minces et mal ossifiés. — Sorte de sensation de parchemin.

Je perçois très nettement, sur un point de la tumeur, la sensation d'une suture crânienne. Le col utérin est représenté par un bourrelet circulaire faisant une très légère saillie à la surface de la tumeur et obturé par une membrane assez résistante.

Je n'avais plus de doute sur l'existence d'une grossesse extra-utérine, le fœtus ayant succombé depuis un certain temps.

Mme X... fut successivement examinée par plusieurs confrères (Drs Paulet, Trollier, Stéphann et Bruch) le 17 août. Les avis furent différents sur la nature de la tumeur abdominale, mais la conclusion fut unanime : l'état général de la malade était bon ; il n'y avait qu'à attendre les événements.

Le 16 août, une perte utérine se déclare. Cette perte persiste pendant six ou sept jours, conservant les proportions d'une menstruation ordinaire. C'était, en effet, le retour des règles, qui, à partir de ce moment, se succédèrent régulièrement à deux ou trois reprises.

Du 25 août au 15 octobre, le traitement de la malade fut confié à mon confrère le Dr Stephann. Pendant cette période de temps, la santé de Mme X... s'améliora au point qu'elle put partir, le 27 septembre, pour passer quelques jours à Hammam-R'irha.

Pendant son séjour dans cette station, l'état général de la malade devint excellent. La toux qui persistait depuis plusieurs mois, et qui avait attiré mon attention du côté de la poitrine, sans que je pusse rien découvrir à l'auscultation, la toux disparut complètement et lorsque Mme X... revint à Alger, le 5 octobre, elle put reprendre toutes les habitudes de sa vie ordinaire. Sa tumeur abdominale, qui existait cependant toujours, n'était plus un sujet de préoccupation pour la malade et son entourage.

Tout d'un coup, en revenant du spectacle, Mme X... fut prise brusquement, le 22 novembre, d'un frisson prolongé, très violent, et

d'une fièvre intense. — La température s'éleva immédiatement jusqu'à 40 degrés.

Aucune douleur du côté du ventre, ni spontanée, ni provoquée par la pression. La toux avait complètement cessé depuis près de deux mois, et l'examen de la poitrine, qui attirait toujours mon attention, ne révélait rien à l'auscultation.

La première hypothèse qui se présentait tout naturellement à l'esprit était celle d'une suppuration kystique. Mais l'absence de tout symptôme douloureux du côté de l'abdomen nous laissa des doutes, à mon confrère le Dr Stephann, et à moi, sur la réalité du fait.

Vers les quatorzième et quinzième jours de cet état fébrile, pendant lequel la température s'était maintenue entre 38 et 40 degrés, la malade se remit à tousser. J'avais jusqu'à ce jour pratiqué quotidiennement l'auscultation sans constater autre chose qu'une respiration un peu soufflante au sommet gauche et du retentissement de la voix ; rien d'anormal à droite.

Le 18 décembre, consultation avec le Dr Sézary, qui constate dans la région de l'aisselle gauche des signes qui le firent penser à la probabilité d'une tuberculose aiguë. Le ventre était toujours insensible, et, sauf des accidents dus à la constipation et un météorisme très prononcé, rien n'indiquait (avec précision) qu'il fallût chercher de ce côté la cause d'une fièvre persistante. A partir de ce moment, l'état de la poitrine devint notre objectif et nous fit concevoir les plus vives craintes sur l'issue de la maladie.

Les choses en étaient là, lorsque, le jeudi 24 décembre, la sœur garde-malade nous raconta que Mme X... avait eu dans la journée plusieurs selles extrêmement fétides, très abondantes, et ayant tous les caractères du pus. Rien n'avait été conservé; il nous fut impossible de constater la nature du liquide évacué, mais le fait nous fit tout naturellement penser à la probabilité d'une rupture du kyste suppuré dans l'intestin. A partir de ce moment, les selles furent examinées avec attention, sans qu'on découvrît rien d'anormal.

Ce qui donnait comme un caractère de certitude à notre hypothèse, c'est que le ventre, qui jusqu'au moment de cette débâcle avait été dur et ballonné, au point de ne pas permettre de circonscrire la tumeur, devint immédiatement souple et permit de constater une diminution considérable dans le volume de celle-ci. La rupture de la poche kystique et l'évacuation de liquide furent suivies d'un abaissement de température; mais la fièvre continua toujours jusqu'au 10 février, jour où l'on constata un écoulement abondant de pus par la vulve, provenant de l'ouverture du kyste dans la partie postérieure du vagin.

Ces accidents, le mauvais état général de la malade, l'abondance de la suppuration, nous avaient tout naturellement conduits à discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Le diagnostic de grossesse extra-utérine avec suppuration du kyste était aussi confirmé que possible, et l'on se fût certainement décidé à opérer, sans l'état de la poitrine, qui nous donna, à un certain moment, les plus vives inquiétudes.

Au bout de quelques semaines, nous constatons, à notre grande surprise, une amélioration sensible dans l'état de la poitrine, et l'état général se modifie heureusement, au point de nous donner les plus grands doutes sur la nature tuberculeuse des lésions pulmonaires, et de nous permettre d'agiter de nouveau la question de l'intervention chirurgicale.

La fièvre ne constituait plus une indication, puisqu'elle avait presque complètement disparu depuis l'ouverture du kyste dans le vagin. La fistule vaginale donnait issue à une grande quantité de pus, d'une fétidité extrême. J'explorai plusieurs fois cette fistule avec la sonde utérine ; cet examen ne donna aucun renseignement utile. J'essayai à deux ou trois reprises de dilater le trajet pour parvenir dans la poche et tenter une extraction par la voie vaginale ; mais ces tentatives me démontrèrent bientôt l'inutilité de ce procédé opératoire.

Vers la fin du mois de mars 1886, rassurés, momentanément du moins, sur la marche des accidents pulmonaires, bien convaincus de l'impossibilité d'une expulsion spontanée par le vagin, de l'impossibilité et du danger d'une intervention chirurgicale par cette voie, nous décidâmes, MM. les Drs Bruch, Sézary, Vincent et moi, d'opérer par la voie abdominale.

A ce moment, la tumeur, considérablement réduite de volume, se présentait sous la forme d'une masse dure et allongée, s'élevant, à son point culminant, à 6 centimètres au-dessus de l'arcade crurale du côté gauche, et donnant à la pression, lorsqu'on la comprimait un peu fortement, une sensation de craquements parcheminés.

La tumeur était devenue depuis quelques jours le siège de douleurs vives, et il nous parut certain que la poche fœtale devait avoir contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Le point culminant de la tumeur était si particulièrement douloureux, et les parties dures sous-jacentes semblaient si rapprochées de la peau, qu'il était manifeste qu'un travail inflammatoire lent se faisait en ce point, et que nous eussions assisté, un jour ou l'autre, à une troisième ouverture spontanée de la poche kystique, si la malade eût pu résister à cette longue suppuration.

L'examen des urines ne révéla aucune trace d'albumine.

Il n'y avait plus à attendre, et, après avoir arrêté entre nous le plan opératoire, l'exécution en fut confiée au Dr Bruch, et fixée au 29 mars 1886, dix-sept mois révolus après le début de la grossesse.

CAUSSANEL.

II. — *Opération* le 29 mars 1886. La veille, léger purgatif.

Avant l'opération, injection sous-cutanée de morphine ; lavement et irrigations vaginales, tous deux à l'eau boriquée 4 0/0.

Toilette de l'abdomen, des cuisses, etc., à l'eau savonneuse phéniquée 5 0/0.

Cathétérisme vésical.

L'opération fut pratiquée avec l'assistance de MM. Caussanel et Vincent ; M. Sézary voulut bien surveiller l'anesthésie au chloroforme, confiée à M. Hanoun interne de la clinique ; M. Guérin, fournisseur

d'instruments de chirurgie, fut chargé des instruments, des éponges, du spray, etc.

Température, 38°. Incision parallèle à l'arcade crurale, dirigée de bas en haut et de dedans en dehors, et dont le milieu passait, à 6 centimètres de l'arcade crurale, sur la partie la plus saillante de la tumeur (qui correspondait à la tête du fœtus). Cette incision mesurait 4 centimètres.

Dès que j'eus traversé la peau et la couche musculaire, le bistouri toucha du tissu osseux, et le doigt, introduit dans la plaie, reconnut un os du crâne.

J'agrandis immédiatement l'ouverture d'un centimètre aux deux extrémités, guidant un bistouri boutonné sur le doigt dans la plaie.

Aussitôt l'ouverture faite, il s'était échappé du gaz d'une fétidité extrême, ainsi qu'une très petite quantité de liquide.

Les bords de la plaie écartés, il fut aisé de reconnaître que l'axe du fœtus était vertical, le vertex au niveau de l'incision.

Celle-ci était évidemment insuffisante pour laisser passer la tête d'un enfant à peu près à terme ; mais je me gardai d'agrandir l'ouverture, dans la crainte de dépasser la zone des adhérences.

Je me décidai donc à extraire le fœtus par morceaux.

Après la crâniotomie faite avec de petites cisailles, l'extraction des os du crâne ne présenta pas de grandes difficultés ; elle amena d'abord les frontaux, puis les pariétaux, enfin l'occiput et la face.

L'enfant était en présentation du siège, la tête en haut, et le dos *dirigé en arrière* et un *peu à gauche* (le plus souvent, dans ces cas, la présentation est céphalique avec le dos tourné en avant).

Il était en pleine *macération*.

La suite de l'extraction fut faite dans l'ordre suivant : 1° les côtes furent amenées une à une assez facilement ; 2° les membres supérieurs préalablement amputés au niveau de l'épaule ; 3° les membres inférieurs, sectionnés vers le bassin ; 4° enfin le tronc et le bassin avec des lambeaux de viscères.

Toutes ces extractions ont été faites avec de grandes précautions, pour ne pas contusionner ni déchirer les bords de la plaie.

Au moment de la sortie du tronc, nous vîmes le cordon se dérouler et plonger dans le fond du sac ; je tirai avec une prudence extrême (quoique la mort du fœtus datât sûrement de cinq mois) pour m'assurer de la liberté du placenta, qui sortit sans la moindre résistance ; il était intact.

Injection à l'eau boriquée 4 0/0 tiède.

Puis je m'empressai d'explorer la poche avec l'index qui, en appuyant sur l'angle inférieur de la plaie, atteignit le fond du sac et y reconnut la présence de petits os (phalanges) nageant dans le liquide.

Ces petits os sont expulsés en partie par l'ouverture abdominale au moyen d'irrigations répétées qui les ramènent au niveau de la plaie ; les autres sont pêchés au moyen d'une pince à pansement guidée sur l'index.

Nouveaux lavages.

Quand la poche nous parut bien vidée : injection à l'eau phéniquée, 2.50 0/0 tiède.

Pendant ces lavages, une petite partie des liquides s'écoulait par le vagin.

Pour le drainage, je mis à profit la fistule vaginale, M. Caussanel ayant fait pénétrer par le vagin une sonde utérine jusque dans le kyste; je le coiffai d'une canule de trocart de Chassaignac; par celle-ci je fis passer deux tubes de caoutchouc rouge de 0,06 environ, dont l'extrémité inférieure fut menée à la vulve, et l'extrémité supérieure fixée à la plaie abdominale par une épingle anglaise (de nourrice).

Nouveau lavage, eau boriquée 4 0/0.

Trois points de suture au catgut forment la moitié supérieure de l'incision abdominale.

Injection vaginale.

Pansement de Lister; tampon de mousseline iodoformée dans le vagin.

Pour les pansements de Lister, je place toujours d'abord une lame de mousseline iodoformée sur la peau, avant la tarlatane phéniquée, afin d'éviter l'érythème.

Dans le cours de l'opération, il n'y a pas eu d'hémorrhagie, à part deux *artérioles cutanées.*

Le sommeil chloroformique a été excellent. Pas de vomissements.

La malade, qui n'est pas trop prostrée, est reportée dans son lit. Vin sucré. — T. soir 38°,3.

Suites de l'opération : heureuses; calme et satisfaction morale. Pas de vomissements. Aucune douleur abdominale.

Opium pour calmer la toux.

Le 30 *mars*. Bonne nuit, calme, bon réveil. — T. matin 37°,3; soir 37°,8.

Bonne journée, pas de fièvre.

Pansement. Plaie en bon état; un peu de liquide louche; lavage boriqué.

Dans la journée, quelques nausées; soir : *opium.*

Le 31. T. matin 37°,3 ; soir 38°,1.

Le matin : vomissement bilieux, nausées dans la journée. Pansement : injection au *sublimé*. Une pilule d'opium pour la toux.

Le 1er *avril.* T. matin 37°; soir 37°.

Bonne journée. Pansement. Rien à noter.

Le 2 *avril*. T. matin 37°; soir 38°.

Bonne journée, pas d'incident. Le soir, excitation nerveuse, coïncidant avec le siroco.

Au pansement, le lavage amène un petit os (phalange).

Le 3 *avril.* T. matin 37°,5; soir 37°,8.

Le 4 *avril.* T. matin 37°; soir 37°,3.

Le troisième jour après l'opération, j'avais tiré l'un des tubes par l'extrémité vaginale, de manière à faire plonger son extrémité supérieure dans l'intérieur même du sac kystique.

J'en fis autant pour le deuxième tube le 10 avril (13e jour), mais

j'adaptai à son extrémité supérieure un fil de soie phéniquée, que je fixai aux environs de la plaie, sur la peau, avec une bandelette de mousseline iodoformée et du collodion iodoformé.

Peu à peu j'espaçai les pansements. L'état général était excellent; la toux persistait, mais sans trop fatiguer la convalescente.

Il sortit encore cinq petites phalanges qui avaient échappé à l'exploration de la poche kystique; elles étaient probablement cachées dans quelque repli, et quelques-unes peut-être déjà engagées dans la fistule, car il en sortit deux ou trois par le vagin.

Un mois après l'opération, les drains furent définitivement retirés par le vagin; la plaie abdominale étant entièrement cicatrisée.

Le 4 mai, il y eut une légère perte de sang par le vagin ; elle ne dura que dans la nuit, fut insignifiante, et n'eut aucune suite fâcheuse.

Mme X... avait commencé à s'occuper de son ménage, à sortir, lorsque le 8 juin, la cicatrice se rouvrit par un petit pertuis, en son milieu, donna issue à un liquide louche, purulent, et à deux petites phalangettes. Un peu de douleur à ce niveau. Injections d'eau iodée. Tout rentre dans l'ordre, les injections iodées furent continuées et administrées par le mari de la malade.

État général excellent, sauf la toux.

Au commencement de juillet 1886, départ pour la Suisse, pour faire une *cure d'altitude*, ainsi qu'il avait été décidé le 21 mai dans une consultation avec MM. Sézary, Caussanel et Bruch.

Du Righi Vaudois, au-dessus de Lausanne (Suisse), M. X... m'écrivit que Mme X... se trouvait bien de l'air pur et vivifiant des hauteurs de la Suisse.

Les injections iodées étaient continuées.

La poche semblait se rétrécir visiblement.

Le 23 juillet, les règles ont réapparu avec abondance, sans causer aucun trouble à l'état général de la convalescente, mais la fistule intestino-kysto-vaginale persistait, car un lavement est ressorti en partie par le vagin.

Avant de revenir en Algérie, M. et Mme X... ont, paraît-il, consulté un certain nombre de sommités médicales et chirurgicales de Paris.

Mme X... est actuellement (octobre) au midi de la France ; son mari m'informe que son état de santé générale est très satisfaisant, et que la poche kystique se trouve réduite à de très minimes proportions.

L'examen du squelette fait par M. le Dr Ramakers montra que l'enfant avait atteint son neuvième mois, et très probablement le milieu de ce mois.

Réflexions.

Étiologie. — Dans notre cas, comme d'ordinaire, la cause de la grossesse extra-utérine reste inconnue.

Je ne hasarderai que timidement l'hypothèse de l'état tuberculeux d'une trompe de Fallope, m'appuyant sur une statistique de Winkel, qui note la proportion de 1 0/0 pour la *tuberculose*

tubaire et génitale, dans ses nombreuses autopsies de femmes tuberculeuses; et sur l'assertion de Bandl, Förster, Klob, Wernich, etc., d'après lesquels les trompes seraient souvent le point de départ de la tuberculose génitale [1].

Le mécanisme serait alors expliqué par une modification de la muqueuse tubaire avec « insuffisance du mouvement ciliaire », phénomène sur lequel insiste particulièrement Lawson Tait.

Celui-ci dit, en effet, dans son *Traité des maladies des ovaires*, etc., p. 79 : « Je crois qu'il est plus que probable que la cause de cet accident (*gr. ext. ut.*) est la coïncidence d'un ensemble de circonstances, dont la plus importante est la destruction des cils ou l'insuffisance du mouvement ciliaire. La desquamation inflammatoire peut alors être une cause fréquente de grossesse tubaire. »

Et plus loin : « Une des anomalies les plus importantes des trompes de Fallope est celle dans laquelle l'œuf arrive au contact des spermatozoïdes pendant son passage à travers le canal, adhère à ses parois et constitue une grossesse tubaire. Cet accident survient probablement lorsque l'action des cils vibratiles de la membrane muqueuse est détruite par desquamation ou autre accident, car j'ai déjà dit que je ne crois pas que l'imprégnation se fasse dans les trompes, sauf dans des cas exceptionnels; et, lorsque cela se produit, il est fort probable que l'œuf fécondé adhère à la trompe, comme il aurait adhéré à l'utérus[2]. »

J'ai fait cette longue citation parce que c'est là une explication scientifique de l'origine de la grossesse extra-utérine, bien préférable aux hypothèses plus ou moins fantaisistes qu'on trouve dans la plupart des auteurs.

Comme dans beaucoup de cas, le diagnostic de la grossesse extra-utérine n'a pu être fait que tardivement.

Cependant on peut rétrospectivement reconnaître toutes les phases d'une grossesse tubaire avec rupture, puis faux travail, à peu près à terme.

A partir du mois d'août 1885, je ne vis plus Mme X... jusqu'au 14 février 1886.

La question grave, qui préoccupait à ce moment, était celle des indications et des contre-indications d'une intervention chirurgicale.

Je n'insisterai pas sur nos perplexités au sujet de l'état de la poitrine : — la situation, de ce côté, était aussi obscure que mena-

[1] BAUDE, Die Krankheiten der Tuben, etc., einschliesslich der Extrauterinschwangerschaft (*Deutsche Klinik. — Billroth und Lücke.* Stuttgart, 1880, Lief. 59, p. 39; recueil Ohlshausen).

[2] LAWSON TAIT, *Traité des maladies des ovaires, etc.*, trad. A. Olivier. Paris, O. Doin, 1886, p. 79 et 101.

çante ; notre collègue Sézary, dont l'opinion devait primer sur ce point, était inquiet et hésitant, et nous pensions tous très sérieusement aux préceptes de Verneuil.

Une fois l'opération décidée, il s'agissait d'opter entre l'élytrotomie et la gastrotomie.

Dans le cours de l'observation, M. Caussanel a expliqué les contre-indications de la section vaginale, recommandée par Maygrier, Burns, etc. ; déconseillée par L. Tait [1], et appelée par Keller « un procédé opératoire aussi répugnant que difficile et dangereux à exécuter [2] », ce qui me paraît être une opinion exagérée.

Gastrotomie. — La gastrotomie, qui « ne laisse rien au hasard » (Péan), semblait présenter de bonnes chances de succès : l'enfant était en position verticale ; les adhérences, au point culminant de la tumeur qui correspondait au crâne, semblaient être solides et d'une certaine étendue ; circonstance « rare » d'après Péan [3] ; un laps de temps suffisant était écoulé depuis la mort du fœtus, pour que la circulation placentaire pût être arrêtée ; il n'y avait pas eu le moindre symptôme de péritonite ; enfin, on pouvait encore supposer à la malade assez de force de résistance pour supporter le traumatisme.

D'ailleurs, aujourd'hui, presque tous les auteurs recommandent la gastrotomie dans les circonstances analogues à celles que présentait notre cas.

Playfair, entre autres, est surtout affirmatif en ce sens, même dans le cas de fistules vaginales et intestinales, alors qu'on pourrait se trouver très disposé à pratiquer l'élytrotomie [4].

D'après Maygrier, la gastrotomie, pendant la rétention avec enfant mort, donne une mortalité de 35,7 0/0 [5].

La dernière statistique publiée est celle de Pinard, dans le *Dictionnaire encyclopédique ;* elle concorde avec celle de Maygrier :

Gastrotomie pendant la rétention :

Sur 70 femmes, 45 ont survécu et 25 sont mortes ; soit une mortalité de 35,7 0/0.

« Ici encore bon nombre d'opérées ont succombé à l'hémor-

[1] Lawson Tait, p. 114 : « Je dois dire, cependant, que je ne suis en aucune façon favorable à la section vaginale. »

[2] Keller, *loc. cit.*, p. 89.

[3] Péan, *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.* Paris, Delahaye et Cie, 1885, t. II, p. 1204 : « Toutefois il est rare de rencontrer des adhérences salutaires du kyste avec la paroi antérieure de l'abdomen, contrairement à ce que l'on observe du côté du vagin. »

[4] W.-S. Playfair, *A treatise on the science and practice of midwifery,* 5e édition. London, 1884, t. I, p. 211.

[5] Maygrier, *loc. cit.*, p. 138.

rhagie, parce que l'intervention avait eu lieu à une époque rapprochée de la mort du fœtus. » (Pinard, p. 229.)

Restait, comme contre-indication, la tuberculose? la tuberculose concomitante... Nous décidâmes de passer outre.

L'opération n'a présenté aucun incident particulier. Il n'y a pas eu lieu de faire la dissection du sac, parce que les parois du kyste étaient absolument adhérentes à la paroi abdominale.

L'axe de l'enfant était vertical, le dos tourné en arrière et à gauche de la malade.

Les suites de l'opération ont été très simples et la convalescence a marché régulièrement.

Les règles n'ont reparu qu'une fois, quatre mois après l'opération.

Aujourd'hui, le sac est réduit à un très étroit trajet fistuleux, dont l'orifice abdominal n'est peut-être maintenu béant (il est très étroit) que par les lavages iodés continués par précaution.

Résumé. — Conclusions.

De tout ce qui précède, nous pensons devoir conclure que nous avons eu affaire à une grossesse abdominale secondaire sous-péritonéo-pelvienne; que cette grossesse a été d'abord tubo-ovarique, puis, par rupture imcomplète du kyste, tubo-abdominale.

Elle a été caractérisée par les faits suivants :

Rupture du kyste au deuxième mois.

Rétention — faux travail à terme — mort du fœtus à peu près à terme. — Fistules multiples : fistule intestino-kysto-vaginale.

Complications pulmonaires graves.

La guérison a été obtenue par la gastrotomie tardive (latérale).

Cette observation est une unité à ajouter aux statistiques favorables à la gastrotomie tardive.

P.-S. — Le 16 octobre, j'ai revu Mme X..., rentrée à Alger depuis deux jours; la poche est réduite à un étroit canal fistulaire; l'état général est satisfaisant, Mme X... se trouve « bien », mais elle a beaucoup maigri. La toux persiste, et la voix est voilée. E. B.

— Si l'on s'en tenait au titre de l'observation de M. Bruch, on pourrait admettre que l'observation dont nous venons de donner lecture appartient aux observations de gastrotomie. M. Bruch, en lui donnant ce nom, ne fait du reste qu'imiter certains auteurs comme M. Maygrier, qui, dans une thèse d'agrégation récente, réunit sous le titre de laparotomie, non seulement les véritables observations de ce genre, mais des ouvertures d'abcès contenant des débris fœtaux plus ou moins altérés. Il y a là une faute de no-

menclature qui n'est pas seulement une faute de mots, mais qui est absolument capable d'induire en erreur sur les ressources de la chirurgie dans ces cas.

Il y a peu de temps, M. Verneuil faisait remarquer l'abus de ce mot de laparotomie appliqué au traitement des kystes hydatiques du foie. En effet, quand ceux-ci sont adhérents et surtout suppurés, leur ouverture ne diffère pas sensiblement de celle des autres abcès. M. Trélat fit encore une remarque semblable à propos de l'ouverture de quelques abcès profonds. Pour ceux-ci, l'expression de laparotomie semble désigner une modalité particulière de l'intervention sur laquelle le lecteur est ainsi trompé.

En effet, malgré l'étymologie du mot laparotomie, ou en vertu de cette étymologie, on désigne ordinairement sous ce nom, comme sous celui de gastrotomie, des opérations où le chirurgien, ayant traversé les parois abdominales, a pénétré plus ou moins dans la grande cavité abdominale, pour enlever ou circonscrire une tumeur ou simplement pour l'explorer.

Ce mode opératoire a été employé quelquefois mais rarement pour la grossesse extra-utérine. Kœberlé en a publié dans la thèse de Keller sur la grossesse extra-utérine (1872) deux belles observations. A Paris, je suis le seul à en avoir pratiqué deux avec succès, comme je le dirai plus loin.

C'est par un abus de langage qu'on a confondu cette opération, comme l'a fait M. Maygrier dans sa thèse de concours, avec l'ouverture d'un abcès contenant un fœtus plus ou moins complet, abcès marchant vers la paroi abdominale avec fusion des parois. M. Maygrier rapporte deux cas dus à M. Tarnier, suivis l'un de mort, l'autre de guérison. Il suffit de lire les observations pour voir qu'une courte incision, faite sur le point culminant d'une tumeur, a ouvert très parcimonieusement un abcès qui pointait vers la surface. Des débris de fœtus plus ou moins complets ont été extraits. J'ai assisté à la première opération de M. Tarnier, qui n'avait, comme la seconde, rien de commun avec les laparotomies ou gastrotomies pratiquées par M. Kœberlé ou par moi. Il en est de même de l'opération de M. Bruch : c'est l'ouverture d'un kyste purulent fusionné avec la paroi abdominale, ouverture faite au point culminant et latéralement avec beaucoup de précaution pour ne pas franchir les limites du kyste.

L'opération de M. Bruch présente même cette particularité qu'il y avait déjà une ouverture vaginale, dont il a du reste fort habilement profité pour en faire une large contre-ouverture du foyer et un très bon drainage vaginal.

C'est en somme l'ouverture d'un abcès profond plus ou moins hardiment faite. Cette ouverture a du reste été pratiquée en tous

temps sans précautions très spéciales, et son succès dépend surtout de ce qu'il reste à la femme de résistance pour subir la suppuration de la poche. En elle-même elle ne présente aucune condition différente de ce que l'on observe pour de vastes abcès.

Mais une gastrotomie franchement faite ouvre largement le ventre, découvre les limites du kyste ; le péritoine est plus ou moins largement ouvert, le kyste est largement ouvert, l'enfant est enlevé en totalité, le kyste est partiellement enlevé ou fixé à la paroi et fermé.

C'est une opération large où toutes les parties intéressées sont vues, et qui ressemble surtout aux opérations incomplètes de kyste de l'ovaire.

C'est là l'opération que M. Kœberlé a faite et que moi-même j'ai faite deux fois avec succès.

Cette opération diffère à tous les points de vue de la précédente ; elle ne répond pas aux mêmes indications, elle est voulue par une période beaucoup moins avancée de la marche du produit fœtal vers la peau.

La première est praticable quand il s'agit d'un abcès avancé dans cette marche. La seconde s'applique à un kyste profondément situé, médiocrement adhérent, avec ou sans phénomènes généraux graves.

C'est la seule opération que l'on puisse faire quand on veut remédier de bonne heure à la grossessse extra-utérine, et pour elle toutes les précautions que l'on prend pour la chirurgie abdominale doivent être réunies. On ne l'a du reste guère pratiquée régulièrement que depuis peu d'années.

Les conséquences aussi en sont fort différentes, car avec ces grandes ouvertures les opérations sont complètes, donnent une guérison plus rapide, et généralement la durée des fistules est moins longue.

Voici le résumé très court des deux opérations de ce genre que j'ai faites ; je me permets de les citer d'autant plus volontiers que personne, à ma connaissance, n'en a pratiqué à Paris, et que M. Péan, que M. Bruch cite dans son article, ne l'a jamais pratiquée lui-même pour une grossesse diagnostiquée.

Ces observations sont résumées d'après les observations qui m'ont été remises par mon interne, M. Charles.

Grossesse extra-utérine datant de quinze mois. — Ouverture large du ventre; ouverture du kyste; issue de 5 *à* 6 *litres de pus; extraction d'un enfant à terme; fixation du kyste à la paroi; drainage; guérison.*

La nommée N. D..., femme B..., m'a été adressée le 29 mai 1883, par le Dr Cluzeau, de Gisors, à l'hôpital Tenon.

Agée de 31 ans. Elle a eu deux couches naturelles, et sa troisième grossesse, anormale, remonte au mois de février 1882, date par conséquent d'environ quinze mois.

Depuis plusieurs semaines, elle est en proie à de la fièvre hectique, frisson, température élevée, 39°,5; état général mauvais.

Le ventre est rempli par une tumeur qui remonte à deux travers de doigt au delà de l'ombilic.

Le 6 juin 1883, j'opère cette malade avec l'aide de mes collègues MM. Périer et Terrier, en présence du Dr Cluzeau. Longue incision de 15 à 18 centimètres de l'ombilic vers le pubis. La paroi traversée, je découvre une tumeur ayant l'aspect rougeâtre de l'utérus, adhérences très lâches en avant, pas d'adhérences en bas et en haut. En haut l'intestin fait hernie.

Ouverture du kyste, d'où s'échappent 5 à 6 litres de pus fétide; je saisis un pied, et, tout en soulevant le fœtus et la paroi du kyste, j'agrandis l'ouverture faite à celle-ci et j'extrais l'enfant.

Nettoyage très soigné de la plaie, du kyste; lavage de celui-ci au chlorure de zinc; sutures en haut et en bas avec la paroi abdominale, de façon à bien fermer le péritoine; deux gros drains. Pansement à la gaze phéniquée et au goudron.

La guérison s'est faite rapidement.

Le 18 août la malade a demandé à sortir. Elle portait une fistule insignifiante qui a persisté plusieurs mois, mais qui est oblitérée depuis longtemps.

J'ai fait, quelques semaines plus tard, une nouvelle gastrotomie pour grossesse extra-utérine. Cette deuxième opération est du même ordre que la précédente.

Grossesse extra-utérine datant de vingt-sept mois. — Ouverture large de l'abdomen; incision du kyste; extraction d'un enfant adhérent par la surface cutanée; suture du kyste; drainage; guérison.

La nommée G. S..., âgée de 39 ans, primipare, a été adressée par le Dr Signez à M. Championnière. Entrée le 23 juillet 1883, hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, n° 11.

Réglée depuis l'âge de 11 ans, toujours bien réglée depuis, mariée à 16 ans, n'a présenté aucune grossesse jusqu'en 1881. A cette époque, grossesse presque régulière quoique douloureuse. L'enfant paraît succomber en février 1882. Elle séjourne onze mois à la clinique (M. Depaul), puis sort en novembre 1882.

Le 25 juillet 1883, très souffrante, ayant de la fièvre hectique, la mort paraissant très proche, elle entre à l'hôpital Tenon.

Le ventre n'est pas très développé; il est très dur. Une tumeur dure qui peut être prise pour la tête descend dans l'ouverture entre le rectum et l'utérus, refoulé en avant.

L'intervention est urgente, car il est évident que la malade ne saurait survivre longtemps. L'opération est faite le 3 août 1883, environ

dix-sept mois après l'époque présumée de la mort de l'enfant, et vingt-six mois après le début de la grossesse.

L'opération est faite à Tenon par M. Championnière, avec l'aide des Drs Terrier, Périer, Berger, en présence du Dr Signez, médecin de la malade, des Drs Porack, Vaillant, Delaporte, des élèves et de plusieurs étrangers.

Longue incision de l'ombilic un peu au-dessus du pubis. Arrivée rapide sur un kyste d'apparence jaunâtre inséré sur les parties latérales et supérieures par des adhérences celluleuses très minces. En bas, au-dessus de la vessie, le péritoine est largement ouvert.

Le kyste traversé, M. Championnière constate que la tête est en avant. Le contenu de la tête et du fœtus sont en putrilage, mais la peau de la tête est fusionnée de la façon la plus intime avec la paroi du kyste. Il en était de même de la peau du fœtus presque partout. De là de grandes difficultés, car on ne pouvait agrandir indéfiniment l'ouverture du kyste.

Les pariétaux purent être extraits, puis les adhérences cutanées furent lentement détachées; des coups de ciseaux sur le cou permirent de continuer, et un membre supérieur, les deux membres inférieurs, le dernier membre supérieur, furent successivement détachés; mais les extrémités des membres, mains et pieds, restèrent adhérents à la paroi.

Le fœtus extrait du kyste fut nettoyé : le péritoine avait été renversé en haut et des anses intestinales attirées. Le kyste était limité en bas et en avant par l'utérus, modérément développé.

La cavité kystique fut nettoyée avec la solution de chlorure de zinc à 1/12, la cavité péritonéale au voisinage nettoyée avec des éponges trempées dans l'eau phéniquée à 1/20.

La paroi kystique fut réunie à la peau avec le plus grand soin. En haut il fut assez laborieux d'éviter les anses intestinales. En bas les sutures passaient toutes dans l'utérus, car le kyste n'avait pas là de paroi propre, l'utérus, formait la paroi antérieure.

Deux tubes à drainage longs et volumineux; pansement avec de la gaze phéniquée et de la gaze imprégnée de goudron.

La vessie, très déviée à droite avant l'opération, est revenue sur la ligne médiane.

L'opération a duré 1 h. 5.

L'enfant pèse 1,160 grammes, mais il manque les pariétaux, de la masse cérébrale et une partie des pieds, laissés en place.

Les suites de l'opération ont été excellentes. L'opérée est restée un peu longtemps à l'hôpital. Une fistule a persisté plusieurs mois. Mais elle est oblitérée depuis longtemps. La malade présente seulement une éventration assez importante.

J'ai présenté à l'Académie les photographies des deux enfants en grandeur naturelle. Il est facile de constater que ces enfants ont à peu près la dimension de ceux qui sont arrivés à terme. La photographie du dernier montre bien les traces de ses adhérences périphériques.

On voit bien vite en quoi ces deux opérations diffèrent de celle que M. Bruch nous a décrite, de celles de M. Tarnier publiées dans la thèse de M. Maygrier. J'ai rapporté ces deux résumés non pour dire que M. Bruch ou M. Tarnier avaient eu tort de faire leur opération, mais pour montrer en quoi elle différait de celles que j'ai faites et de celles faites par Kœberlé, qui méritent une toute autre dénomination.

Il n'y a pas, du reste, à les opposer les unes aux autres. M. Bruch, par exemple, n'a pas eu le choix d'une opération différente, et la fistule vaginale même lui imposait de la réserve vis-à-vis du péritoine.

M. Tarnier, dans une des opérations à laquelle j'ai assisté, ne pouvait faire autre chose qu'ouvrir un abcès parfaitement manifeste et rapproché de la peau.

Si la malade avait été présentée plus tôt à M. Bruch, peut-être aurait-il pu pratiquer l'opération large que j'ai faite moi-même et qui me paraît seule mériter le nom de gastrotomie ou de laparotomie.

C'est, en effet, que, pour le traitement de la grossesse extra-utérine, il y a deux manières de procéder très distinctes : l'une qui a été fort en faveur, l'autre qui me paraît devoir être de beaucoup préférée dans l'avenir. Dans la première méthode, on laisse la nature agir le plus longtemps possible. On espère qu'elle fera les frais les plus importants pour la guérison, et l'on pense qu'il sera toujours temps d'intervenir quand les jours seront immédiatement menacés.

Dans la deuxième manière de faire, on intervient parce que le diagnostic est bien établi et parce que l'on pense que l'opération à pratiquer est moins grave que l'évolution naturelle de la maladie. Cela serait selon moi de beaucoup la meilleure manière de procéder. Malheureusement, ce n'est pas encore beaucoup le cas, et j'ai dû moi-même intervenir chez des sujets dont la santé était déjà fort altérée. Il serait bon que les médecins qui rencontrent de ces accidents fussent informés que la gastrotomie est une excellente opération, la seule qui ait chance de guérir rapidement et complètement les patientes.

Et si, d'une autre part, on ne faisait pas de confusion entre les ouvertures de kyste et la laparotomie, on ne nous menacerait pas des hémorrhagies lors des ouvertures faites de bonne heure. Dans une opération largement faite, ces hémorrhagies ne doivent rien avoir de redoutable.

Au cours de son mémoire, M. Bruch repousse, avec juste raison, l'ouverture du kyste par le vagin. On a droit d'être surpris de trouver cette proposition émise dans la thèse d'agrégation de

M. Maygrier, la supériorité de la voie vaginale pour l'ouverture du kyste fœtal.

M. Pinard, qu'il cite, et les autres auteurs qui l'ont faite n'ont pratiqué cette opération qu'en présence d'une saillie considérable, d'une marche de l'enfant vers l'extérieur par le vagin; ils étaient invités par le cas à agir ainsi. Encore, pour réussir, fallait-il qu'ils eussent la bonne chance de n'avoir à pratiquer qu'une opération remarquablement facile; la moindre adhérence les eût arrêtés.

Puis cette intervention aveugle ne mérite, en aucun cas, d'être comparée à une bonne opération chirurgicale largement faite où le médecin voit ce qu'il fait et peut parer aux accidents.

Il est impossible de présenter une semblable opération comme une méthode générale d'intervention. Tout au plus la voie vaginale pourrait-elle être conseillée pour les cas d'ouvertures d'abcès contenant des débris fœtaux.

Si j'insiste encore sur ce point, c'est que l'avenir de l'opération pour grossesse extra-utérine est là. Il n'y a aucune raison pour ne pas procéder de bonne heure à l'ouverture et au traitement du kyste fœtal. Ce que nous savons de la laparotomie vraie nous permet de l'affirmer, et moins une femme aura souffert avant l'opération, plus celle-ci aura de chances de se bien terminer.

Pour encourager à ne rien faire ou à intervenir tard, on cite volontiers les lithopédions persistant pendant une longue vie, les abcès s'ouvrant spontanément, ou les abcès ouverts artificiellement et la terminaison favorable, comme dans le cas de M. Bruch.

Mais tout cela est bien aléatoire; la vie est loin d'être rendue agréable par la conservation d'un lithopédion et les longues souffrances causant la mort plus souvent qu'on ne le signale, les ouvertures d'abcès sont souvent accompagnées d'accidents.

M. Keller, dans sa thèse, a donné une statistique singulièrement favorable pour la laparotomie proprement dite, et je suis convaincu qu'aujourd'hui on constaterait des résultats plus satisfaisants encore. Aussi, je pense que si un chirurgien avait l'occasion de diagnostiquer et de suivre une grossesse extra-utérine, il devrait, à coup sûr, opérer pour tâcher de sauver l'enfant. S'il n'avait connu la grossesse qu'après la mort de l'enfant, il n'aurait pas lieu d'attendre longtemps avant d'intervenir. Tous les conseils que l'on a donnés de retarder l'opération ne me paraissent pas justifiés.

Cela n'empêchera pas que l'on n'ait l'occasion d'observer de temps en temps des cas dans le genre de celui confié à M. Bruch, où les choses sont si avancées qu'une ouverture simple peut être faite : avec les précautions qu'il a prises, on met de son côté beaucoup de bonnes chances.

On remarquera encore que celui-ci présentait plusieurs compli-

cations : fistule vaginale, tuberculose pulmonaire probable, toutes de nature à faire hésiter le chirurgien et à le porter vers l'intervention la plus simple.

L'observation de M. Bruch est fort intéressante à plusieurs points de vue ; rédigée avec beaucoup de soin, je l'ai placée presque entièrement dans le texte de ce rapport. Après avoir recommandé à la commission des correspondants nationaux M. Bruch, à qui nous devons nombre d'intéressantes communications, je demande à la Société d'adresser des remerciements à l'auteur.

Discussion.

M. Bouilly. Je saisis l'occasion pour faire connaître à la Société une opération de laparotomie que j'ai pratiquée pour une grossesse extra-utérine et dont les détails n'ont pas encore été publiés.

Une femme était entrée à la Maternité avec une tumeur du ventre d'un diagnostic obscur, ayant les apparences d'une grossesse de sept mois. Des accidents péritonéaux graves s'étant développés, je n'hésitai pas à intervenir et à faire une laparotomie médiane telle que la réclame M. Lucas-Championnière. Je trouvai un kyste fœtal au milieu des anses intestinales, et l'ayant ouvert, je pus en extraire un fœtus mort depuis quinze jours environ. La guérison a eu lieu sans accidents.

Je donnerai l'observation complète de ce cas.

Les conclusions du rapport de M. Lucas-Championnière sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Deuxième série de 35 ovariotomies,

Par le Dr Terrillon.

En 1884, j'ai publié une première série de 35 ovariotomies, dont la plupart avaient été opérées dans mon service à l'hospice de la Salpêtrière.

Le résumé de ces opérations a figuré dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 1er octobre 1884, page 659, sous forme de tableau, et avait été suivi de quelques réflexions qui avaient trait principalement aux indications opératoires et aux difficultés qu'on pouvait rencontrer dans certains cas. Le manuel opératoire et les précautions antiseptiques employées dans toutes

les opérations avaient été indiquées avec soin; elles avaient été à peu près semblables à celles usitées par mon collègue le Dr Terrier, qui m'avait précédé dans le même service.

Dans la seconde série de 35 ovariotomies que je publie actuellement, j'insisterai principalement sur les modifications que j'ai fait subir aux diverses précautions qui semblent assurer de plus en plus le succès de cette opération. En même temps, je montrerai combien, grâce à ces précautions, les opérations les plus dangereuses et les plus compliquées peuvent souvent donner d'excellents résultats.

Le hasard de la clinique m'ayant, dans cette série, fourni un grand nombre de cas difficiles (20 sur 35, et dont plusieurs étaient désespérés), on pourra se rendre compte de la façon dont ces difficultés peuvent être tournées, et on s'expliquera ainsi comment les opérations les plus étendues peuvent cependant donner d'excellents résultats.

Nature et variétés des tumeurs et des opérations.

Parmi les tumeurs ovariennes que j'ai opérées, j'ai rencontré 29 kystes multiloculaires plus ou moins compliqués, mais présentant tous les caractères ordinaires des tumeurs épithéliales de l'ovaire ; 4 kystes para-ovariens (3 inclus dans le ligament large et 1 pédiculé) ; 1 kyste dermoïde et 1 sarcome de l'ovaire. Les opérations complètes, c'est-à-dire celles dans lesquelles la tumeur a été enlevée en totalité, sont au nombre de 31 : 4 furent incomplètes. Parmi ces opérations incomplètes, 3 (obs. X, XXIV, XXX) avaient pour but l'ablation de kystes uniloculaires inclus dans le ligament large, et qu'il était impossible de séparer des feuillets de ce ligament.

Ils furent drainés avec un tube en anse passant par le cul-de-sac vaginal et par la plaie abdominale.

Dans la 4e opération incomplète (obs. XXV), il s'agissait d'un kyste multiloculaire, mortifié par torsion du pédicule, qui ne put être enlevé à cause des adhérences intimes qu'il avait contractées avec la paroi abdominale et les parties voisines. Il fut largement ouvert, lavé avec soin; la cavité se combla rapidement, et la malade est actuellement guérie.

Les kystes inclus dans le ligament large furent au nombre de 5 : 3 para-ovariens et 2 multiloculaires (obs. VII, XXIX). Pour ces deux derniers, la décortication fut complète, mais une des malades mourut des suites de l'opération.

Sur 7 opérées, non seulement le kyste principal fut enlevé, mais l'autre ovaire, également malade, fut extirpé. Castration double.

Les causes principales de la mort chez les 6 malades que j'ai perdues peuvent être énoncées de la façon suivante : 3 sont mortes du choc et d'épuisement (obs. IV, XV, XXIX); 2 sont mortes de péritonite, l'une après vingt-quatre heures (obs. XVIII) et l'autre après cinq jours (obs. XIII) ; enfin la dernière (obs. XVI) est morte le vingt-cinquième jour, de péritonite purulente latente, après avoir, jusqu'au vingtième jour, donné l'espoir d'une guérison parfaite.

En résumé, sur 35 opérées, j'ai perdu 6 malades. Je ferai remarquer que parmi les malades que j'ai opérées cette année à la Salpêtrière, depuis le 1er janvier, au nombre de 12, je n'en ai perdu aucune. La raison de cette série heureuse, malgré la difficulté de plusieurs opérations, est due, à n'en pas douter, en grande partie aux modifications que j'ai apportées dans les soins de propreté au cours de l'opération depuis le début de cette année.

Antisepsie et pansements.

Les principales modifications que j'ai apportées dans le manuel opératoire de mes ovariotomies ont été inspirées par l'idée de pratiquer l'antisepsie, ou plutôt l'asepsie aussi complète que possible.

Le nettoyage des éponges a été l'objet de soins spéciaux et a toujours été confié à l'interne en pharmacie du service.

M. Dumouthiers, mon interne, a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (1885) un article fort intéressant dans lequel il indique avec soin tous les détails relatifs au nettoyage des éponges. Il est emprunté en partie aux traditions introduites dans le service par M. Terrier.

Sans insister longuement sur tous les soins nécessaires, je rappellerai en quelques mots les précautions suivantes ;

Elles sont lavées à grande eau immédiatement après leur usage. Les matières albuminoïdes et organiques sont détruites en les plongeant dans un bain de permanganate de potasse. Ainsi nettoyées, elles sont conservées dans la liqueur de Van Swieten et dans un bocal hermétiquement bouché, jusqu'au moment où on doit s'en servir. Elles sont alors passées rapidement dans de l'eau tiède et bouillie pour les débarrasser de l'excès de sublimé. Bien exprimées avec la main, de façon à être simplement humides, elles peuvent servir à tous les besoins de l'opération. Des expériences de culture ont démontré que dans ces conditions elles sont absolument aseptiques.

Le spray phéniqué est employé dans la chambre d'opération jusqu'au moment où la malade y est transportée ; ordinairement, à ce moment, on le supprime, car il devient une cause de gêne et de refroidissement pour la malade. Les solutions phéniquées ne sont

usitées que pour les instruments; elles sont remplacées par le sublimé pour les mains, le lavage de la paroi abdominale, etc.

Depuis un an, je n'ai employé, pendant le cours de l'opération, que de l'eau tiède préalablement filtrée et bouillie dont il existe toujours une provision dans des vases très propres. Cette eau, parfaitement aseptique, sert à faire les lavages du péritoine et à entretenir la propreté sur les parois abdominales.

La suture de la plaie abdominale a toujours été faite avec des fils d'argent et au moyen de l'aiguille tubulée ordinaire.

Le pansement extérieur est fait de la façon suivante : après le lavage et le nettoyage très exact de la paroi de l'abdomen, j'insuffle, au moyen d'un soufflet spécial, une petite quantité de poudre d'iodoforme porphyrisée et finement pulvérisée, qui pénètre dans toutes les anfractuosités de la suture.

Quelques bandelettes de gaze iodoformée recouvrent toute la plaie et le tout est protégé par de l'ouate hydrophile et une certaine quantité d'ouate ordinaire, maintenue comprimée par une longue ceinture de flanelle. Un morceau de macintosh interposé entre deux couches d'ouate entretient une certaine humidité qui empêche les malades de souffrir et d'éprouver des tiraillements douloureux.

Ce pansement — à moins d'indication spéciale — reste en place sans être renouvelé jusqu'au huitième jour.

Il est changé en même temps que les fils de la suture sont enlevés.

Malgré ces précautions, j'ai vu survenir plusieurs fois de petits abcès après l'ablation des fils, mais ils n'ont jamais eu d'inconvénients graves pour les malades, et n'ont retardé que de quelques jours la guérison définitive.

Lavage du péritoine.

La manœuvre la plus importante que j'aie introduite dans ma pratique, depuis le 1er janvier 1886, est le lavage de la cavité péritonéale et du bassin.

Ce lavage à grande eau a été conseillé par Kœberlé et par plusieurs chirurgiens anglais, principalement par Keith et par Lawson Tait.

Je le pratique dans le cas où le kyste est suppuré, dans ceux où les adhérences sont multiples et saignantes et ont rempli le petit bassin et les flancs de sang, et où ce dernier reste adhérent à la surface des intestins ou dans les sinus formés par les anses intestinales, enfin, surtout, quand le kyste s'est rompu dans le péritoine avant l'opération ou dans le cours de celle-ci.

Ce moyen a certainement facilité la guérison chez plusieurs de mes malades. L'eau introduite largement dans le bassin et même dans toute la cavité abdominale a les avantages suivants : elle dilue le sang, ramollit les caillots et permet d'entraîner la moindre parcelle de ce liquide éminemment putrescible. Elle détache et entraîne les liquides gélatineux des kystes rompus et permet de les atteindre dans les replis du péritoine.

Enfin, sans contusionner l'intestin, elle permet de faire mouvoir celui-ci en tous sens, de façon à le débarrasser de toutes les impuretés qui sont à sa surface.

On peut, en effet, agiter avec la main l'intestin qui baigne dans l'eau, en le faisant, pour ainsi dire, nager dans le liquide. Jamais les éponges les plus douces ne pourraient produire ce résultat; toujours elles laisseraient des parcelles de substances nuisibles entre les replis des intestins ou froisseraient la surface péritonéale par leur contact trop prolongé.

L'eau qui sert à ce lavage est de l'eau filtrée, qui a été bouillie quelques heures avant l'opération et conservée dans des vases bien clos. Elle est employée tiède.

Pour laver exactement le péritoine, je me sers d'une canule en verre (canule vaginale ordinaire), munie d'un long tube de caoutchouc. Celui-ci est fixé à un vase de cristal qu'on peut élever à volonté, de façon à augmenter la force de sortie du liquide. L'extrémité de la canule en verre est portée derrière l'utérus au fond du cul-de-sac recto-utérin.

L'eau remplit bientôt le bassin, baigne les intestins et tombe au dehors par l'ouverture abdominale, entre les cuisses de la malade, dans un baquet placé à terre.

Quand l'eau, d'abord chargée de sang et de liquide kystique, revient limpide, on peut cesser l'irrigation. L'excès d'eau qui reste dans le bassin est alors enlevé avec une éponge, jusqu'à ce que celle-ci ne ramène ni liquide ni sérosité rougeâtre. Pendant ce dernier temps, un aide maintient les intestins élevés avec les deux mains vers le haut de l'abdomen. Ce même lavage peut être pratiqué dans les flancs, s'il y a rupture du kyste ou de larges adhérences à ce niveau. Il faut alors, autant que possible, soulever le tronc de la malade pour faire écouler dans le bassin le liquide accumulé en ce point.

La quantité d'eau ainsi employée a été souvent de vingt à vingt-cinq litres.

En tout cas, ainsi que je l'ai déjà dit au commencement, depuis le 1er janvier de cette année, j'ai pratiqué à la Salpêtrière douze ovariotomies sans perdre une seule malade, et j'attribue cet heureux résultat à cette pratique.

On peut constater, par les quelques détails suivants que j'emprunte à mes observations les plus longues et les plus difficiles, combien ce lavage m'a rendu de services.

Dans l'une d'elles (obs. XXXIII), il s'agissait d'une femme, âgée de 58 ans, qui portait depuis plus d'un an une tumeur ovarique volumineuse. Circonférence abdominale $1^{m},30$. Utérus libre. Depuis cette époque, la malade était devenue maigre, très affaiblie, blâfarde, et avait les jambes enflées.

Peu de jours avant son entrée à l'hôpital, l'état général s'était aggravé. A des douleurs abdominales assez intenses se joignaient l'inappétence et des nausées.

L'opération se fit le 9 octobre 1886.

Je trouve le kyste rompu en partie dans le péritoine, en arrière; adhérent en avant et sur les côtés. L'extraction fut difficile à cause des adhérences et aussi de la friabilité du kyste, qui se rompait à tout instant.

Une partie du liquide visqueux s'épancha dans le péritoine.

Après l'ablation de la tumeur par lambeaux, je fis un lavage à grande eau de toute la cavité abdominale. Je pus ainsi débarrasser en partie l'intestin de la gélatine qui adhérait à la surface. Celle-ci était tomenteuse, rougeâtre et enflammée.

Quand tout fut nettoyé avec soin, l'abdomen fut refermé. L'incision avait au moins trente centimètres. L'opération avait duré une heure et demie.

La malade guérit fort bien, malgré une diarrhée rebelle qui gêna sa convalescence. Elle put sortir de la Salpêtrière après trois semaines, bien portante.

Dans une seconde observation (obs. 35), les difficultés furent beaucoup plus grandes, ainsi qu'on pourra en juger par les détails suivants. Cette femme, âgée de 37 ans, portait un kyste ovarique, datant de deux ans. Elle fut ponctionnée trois fois. Après la troisième ponction, on injecta dans son kyste une solution de chlorure de zinc qui provoqua une inflammation péritonéale très vive qui faillit la faire mourir.

Elle entra à la Salpêtrière le 27 octobre 1886.

Je dus l'opérer, malgré l'affaiblissement considérable dans lequel elle se trouvait et malgré les difficultés qu'il fallait s'attendre à rencontrer en pareil cas.

L'opération eut lieu le 28 octobre 1886.

Je fus obligé de faire une incision allant de l'ombilic à deux travers de doigt au-dessus du pubis, à cause des adhérences totales et du volume de la tumeur, qui envoyait deux prolongements dans les deux flancs. La séparation du kyste avec la paroi abdominale,

l'épiploon et une anse intestinale fut longue et pénible, et le kyste se rompit plusieurs fois en arrière dans la cavité péritonéale.

Après l'ablation totale, tout l'épiploon replié en haut sous le foie et l'estomac saignait abondamment.

Je dus faire près de douze ligatures. Avec vingt-cinq litres d'eau je lavai plusieurs fois le bassin, les flancs, l'épiploon. Je fis flotter dans l'eau remplissant l'abdomen les anses intestinales.

Quant tout fut propre, je refermai l'abdomen. La malade est actuellement guérie sans accidents.

Une troisième observation (obs. XXVI) est remarquable, car la malade était tellement affaiblie, avait une respiration si difficile et un ventre si volumineux, que j'ai hésité plusieurs jours avant de me décider à l'opérer.

Le kyste s'était rompu dans le péritoine pendant l'opération, et l'épiploon ainsi que les adhérences donnant beaucoup de sang, il fut nécessaire de faire un lavage des plus minutieux de toute la cavité péritonéale dans les flancs et dans le bassin. Malgré cette grave opération, la malade n'eut aucun accident et guérit très bien.

Actuellement, elle est grasse et fort bien portante.

Dans une quatrième observation (obs. XXVIII), il y eut aussi des adhérences nombreuses et très saignantes à la paroi abdominale et à l'épiploon.

Un lavage complet de la cavité péritonéale entraîna une grande quantité de caillots et de sang qu'on n'aurait pu enlever avec des éponges.

La malade guérit.

Je pourrais multiplier les exemples, mais je ne ferais que me répéter.

Pour les soins consécutifs, j'ai apporté quelques modifications qui semblent m'avoir donné de bons résultats.

L'emploi de l'alcool sous forme de grog ou de champagne m'a été utile chez les malades déprimées. Mais chez ces dernières le moyen le plus rapide et le plus utile pour les stimuler est le lavement alcoolisé : de l'eau, du lait, du bouillon, additionnés d'un verre à bordeaux de champagne ou d'alcool.

Ce lavement, ordinairement bien supporté quand il n'est pas trop souvent répété, produit rapidement une stimulation énergique. La morphine à la dose d'un demi à un centigramme, peu après l'opération, engourdit légèrement les malades, les repose et empêche la dépression trop grande chez celles qui ont subi un choc considérable par le fait de l'opération; la morphine a aussi l'avantage de calmer les malades agitées et d'empêcher les mouvements intempestifs ou exagérés.

J'ai retiré de grands avantages de la purgation hâtive, mais lente,

progressive, qu'on obtient avec le calomel, l'huile de ricin ou l'eau d'Hunyadi-Janos.

Dès le second jour (surtout si la malade se plaint de coliques passagères), si elle n'a pas rendu de gaz, si le ventre est ballonné, surtout vers sa partie supérieure du côté du creux épigastrique, j'administre du calomel. Celui-ci est donné de la façon suivante : trois doses de 15 centigrammes chacune, administrées à une heure et demie d'intervalle. Si l'effet tarde à se produire ou est un peu lent, on donne un lavement purgatif ou avec de la glycérine, ou on introduit doucement à plusieurs reprises la sonde rectale. Lorsque le résultat n'est pas suffisant, on peut recommencer l'emploi du calomel, donner de l'eau purgative ou de l'huile de ricin à petites doses. 15 à 20 grammes de sulfate de soude ou de magnésie dilués dans un demi-verre d'eau à laquelle on ajoute un peu de citron donnent d'excellents résultats. Il est bien rare que l'action de ces médicaments se fasse attendre. La malade se sent aussitôt soulagée, dégonflée, les douleurs et les coliques disparaissent. Ces purgatifs peuvent être renouvelés plusieurs fois les jours suivants lorsque les symptômes abdominaux et les coliques se reproduisent.

Chez toutes mes malades, j'ai toujours retiré un grand bénéfice de cette pratique, et je n'hésite pas à la recommander dans tous les cas.

Il est sous-entendu que toutes les manœuvres que nécessite l'effet de la purgation doivent être faites avec douceur et que la malade doit être soulevée avec précaution.

Dans ces conditions, je n'ai jamais eu aucun inconvénient.

En résumé, dans mes deux séries d'ovariotomie, j'ai perdu 10 malades sur 70 opérées, ce qui donne une proportion de 15 0/0.

Conclusions.

Il serait téméraire de tirer des conclusions générales de l'étude d'un aussi petit nombre de faits.

Cependant ils démontrent que les opérations faciles, ou celles dans lesquelles on ne rencontre que des adhérences fragiles et peu étendues, assurent presque toujours la guérison.

Les 20 observations dans lesquelles j'ai rencontré de grandes difficultés opératoires et qui ont donné lieu à des incidents variés démontrent que, même lorsque l'état semble désespéré, on peut avoir encore des succès très encourageants.

Les vraies causes de la mortalité me semblent être : l'épuisement antérieur de la malade, surtout quand l'âge est avancé ; l'étendue et la résistance des adhérences. Celles-ci ont pour conséquence

principale la présence du sang et des liquides putrescibles dans le péritoine. Par le lavage péritonéal et le nettoyage parfaits, on peut éliminer ou amoindrir ce dernier inconvénient.

On doit donc opérer aussi rapidement que possible, aussitôt que le kyste est reconnu. Si on attend, on s'expose à voir survenir des complications multiples, adhérences lentes ou rapides, torsion du pédicule avec toutes ses conséquences, rupture du kyste, etc.

La ponction, si elle n'est pas toujours dangereuse, peut provoquer des inflammations plus ou moins sérieuses; elle a surtout pour inconvénient de retarder l'opération et d'augmenter la faiblesse de la malade. Aussi je la proscris, sauf de rares exceptions.

Ces préceptes, qu'on doit proclamer très haut, serviront à éclairer les médecins, qui souvent reculent jusqu'aux dernières limites l'époque de l'opération, au grand préjudice des opérées.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

I. — Mme H..., âgée de 57 ans. Début de l'affection, deux ans et demi. Une ponction, six mois avant l'opération, a donné 5 litres de liquides. Accident de péritonite légère à la suite. Opération le 18 octobre 1884. Adhérences nombreuses. Le pédicule est large. Trois ligatures. On a extrait 9 litres de liquide. Kyste multiloculaire. Poids, 3 kilogrammes. Durée de l'opération, cinquante minutes. Guérison.

II. — Mme C..., âgée de 45 ans. Début, deux ans. Douleurs abdominales il y a un an. Sept ponctions. Ovariotomie le 22 novembre 1884. Adhérences légères. L'ovaire droit est sain. Kyste multiloculaire. Poids, 16 kilogrammes. Liquide, 7 litres. Durée de l'opération, cinquante-cinq minutes. Guérison.

III. — Mme T..., âgée de 35 ans. Début, neuf mois. Opération le 29 novembre 1884. Pédicule très large. Quatre ligatures. Durée de l'opération, quarante-cinq minutes. Kyste multiloculaire. Poids, 7 kilogrammes. Liquide, 6 litres. Guérison.

IV. — Mme T..., 47 ans (Dr Levillain), quatre enfants. Début, huit ans. Une ponction suivie d'une poussée de péritonite il y a un an. Depuis, la malade est très faible, très amaigrie et respire difficilement. Opération le 24 février 1885. L'incision est très grande, dépassant l'ombilic. Le kyste adhère à la paroi abdominale et à l'épiploon. Poids de la tumeur, 10 kilogrammes. Elle contenait 15 litres de liquide. L'opération à duré une heure et demie. La malade meurt au troisième jour, d'épuisement et d'inflammation péritonéale violente.

V. — Mme L..., 40 ans. Début, dix-huit mois. Ascite depuis trois mois. Trois ponctions. Opération le 3 mars 1885. Adhérences nom-

breuses à la paroi abdominale, à l'épiploon, à l'intestin grêle et au ligament large. Ablation de l'autre ovaire malade. Évacuation du liquide ascitique et lavage du péritoine. La tumeur était un kyste multiloculaire pesant 5 kilogrammes. Durée, une heure trois quarts. Guérison.

VI. — Mme P..., 43 ans (Dr Fiévet). Début de l'affection il y a quinze mois. Opération le 7 mars 1885. Adhérences nombreuses, surtout avec l'intestin grêle, sur lequel on laisse six ligatures au catgut. L'opération dure une heure. On nettoie le péritoine avec soin. La tumeur était un kyste multiloculaire pesant 3 kilogrammes et contenant 3 litres de liquide. Durée, une heure. Guérison sans accident.

VII. — Mme L..., 57 ans. Début de l'affection, deux ans. Douleurs abdominales violentes à cette époque. Opération le 28 avril 1885. La tumeur est un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, complètement inclus dans le ligament large. Décortication longue et pénible. L'opération a duré une heure et demie. La poche qui a contenu le kyste est fixée à la paroi abdominale et bourrée de gaze iodoformée. Guérison.

VIII. — Mme G..., 45 ans. Début, six ans. Opération le 19 mai 1885. Pas d'adhérences. Durée, un quart d'heure. La tumeur est un kyste multiloculaire contenant 3 litres de liquide. Durée, une heure un quart. Guérison.

IX. — Mme R..., 32 ans. Début il y a trois ans. Névralgies lombaire et sciatique. Une ponction donne 6 litres de liquide. Opération le 12 juin 1886. Adhérences nombreuses, principalement avec l'intestin. Kyste multiloculaire. Durée, une heure un quart. Poids, 1 kilogramme. Guérison.

X. — Mme D..., 21 ans (Dr Beaumetz). Début, huit mois. Opération le 1er juillet 1885. On ne trouve pas d'adhérences inflammatoires, mais le kyste est totalement inclus dans le ligament large, et la décortication est reconnue impossible. On l'ouvre largement, et on le fixe à la paroi abdominale. Drainage. Le kyste était multiloculaire à paroi végétante. Durée, une heure. Guérison.

XI. — Mme D..., 45 ans. Trois enfants. Début, sept ans. Une ponction, douze jours avant l'opération, donne 16 litres de liquide noirâtre, contenant de la paralbumine. Opération le 4 juillet 1885. Adhérences très intimes à la paroi abdominale, à l'épiploon et au gros intestin. Une douzaine de sutures au catgut. Hémorrhagie en nappe. Emploi du fer rouge. 7 litres de liquide et 4 kilogrammes de partie solide. L'opération a duré une heure et demie. Guérison sans accident.

XII. — Mme A..., 22 ans (Dr Fournier). Début, un an et demi. Accidents péritonéaux cinq mois avant l'opération. Opération le 24 juillet 1885. Adhérences intimes à la paroi abdominale, à l'épiploon, à l'intestin grêle, à l'utérus et à la vessie. Kyste multiloculaire avec pédicule

tordu. Poids, 6 kilogrammes. Liquide, 6 litres. L'opération a duré une heure et demie. Guérison.

XIII. — Mme B..., 58 ans (Dr Lacronique). Début, il y a dix-huit mois. Une ponction trois semaines avant l'opération. Opération le 30 juillet 1885. Adhérences abdominales. Durée, vingt minutes. Kyste multiloculaire. Morte de péritonite.

XIV. — Mme P..., 47 ans (Dr de Labatte). Début, trois ans et demi. Douleurs abdominales. Une ponction exploratrice. Opération le 6 octobre 1885. Kyste dermoïde à parois épaisses, contenant des poils et des cheveux. Durée, une demi-heure. Guérison.

XV. — Mme D..., 19 ans (Dr Zalynski). Début, deux ans et demi. Une ponction, quatorze mois avant l'opération, donne 6 litres de liquide noirâtre, filant. Accidents de péritonite grave à la suite, et, depuis, débilité extrême. Opération le 5 octobre 1885. Incision très longue. Adhérences nombreuses, intimes et saignantes. Kyste multiloculaire pesant 17 kilogrammes. L'opération a duré une heure et demie. Abattement extrême après l'opération. La malade meurt le deuxième jour.

XVI. — Mme G..., 46 ans. Début de la tumeur, cinq ans. Accidents péritonéaux. Une ponction pratiquée douze jours avant l'opération donne du liquide ascitique ancien avec cholestérine. Opération le 15 novembre 1885. Adhérences nombreuses et saignantes. On fait plusieurs ligatures au catgut. Lavage du péritoine. L'opération a duré une heure. Kyste multiloculaire énorme. Jusqu'au vingtième jour, la malade alla bien. A partir de ce moment, symptômes de péritonite. La malade mourut le 28 novembre 1885, et, à l'autopsie, on trouva une péritonite purulente étalée en nappe sur toute la surface de l'intestin, sans cause appréciable.

XVII. — Mme T..., 23 ans (professeur Lannelongue). Une ponction un an et demi avant l'opération. Opération le 30 novembre 1885. Kyste uniloculaire, para-ovarien, pédiculé. Le pédicule est formé aux dépens du ligament large. Il est situé au-dessous de l'ovaire qui est sain. L'opération dure vingt minutes. Guérison.

XVIII. — Mme G..., 43 ans (Dr Deffaux). Début, un an. La malade est très amaigrie. Opération le 22 décembre 1885. Incision très longue. Adhérences nombreuses et épaisses. Le pédicule est court. Le ventre est tellement tendu que plusieurs fils de la suture cassent et sont remplacés. L'opération a duré deux heures. La malade meurt le lendemain de péritonite suraiguë.

XIX. — Mme M..., 46 ans. Début, deux ans et demi. La malade est très amaigrie. Opération le 7 janvier 1886. Kyste multiloculaire envoyant des prolongements dans les flancs. Adhérences nombreuses. Six ligatures au catgut. Le pédicule est gros, tordu, mais non étranglé. L'autre ovaire, sarcomateux, est enlevé. Lavage du péritoine. L'opération a duré une heure et demie. Guérison.

XX. — Mme T..., 47 ans. Début, un an. Opération le 26 février 1886. Pas d'adhérences. Kyste multiloculaire. Poids, 1,050 grammes. Liquide, 6 litres. Durée, dix-sept minutes. Guérison.

XXI. — Mme L..., 29 ans (Dr Malichecq). Début, quatre ans. Une ponction, trois mois avant l'opération, donne 8 litres de liquide. Opération le 20 mars 1886. Pas d'adhérences. Durée, vingt-deux minutes. Kyste multiloculaire contenant une poche dermoïde. Poids, 580 grammes. Liquide, 3 litres. Guérison.

XXII. — Mme P..., 32 ans (Dr Ribemont). Début, huit mois. Opération le 27 mars 1886. Pas d'adhérences. L'autre ovaire kystique est enlevé. Durée, dix-huit minutes. Kyste multiloculaire. Liquide, 4 litres. Partie solide, 875 grammes. Guérison.

XXIII. — Mme P..., 32 ans (Dr Lorémy). Début, un an. Péritonite au mois de janvier, qui a duré trois semaines. Depuis, amaigrissement rapide, inappétence, diarrhée. Opération le 6 avril 1886. Adhérence totale du kyste à toutes les parties voisines. Pédicule court, tordu plusieurs fois sur lui-même. Lavage du péritoine. L'opération a duré une heure dix minutes. Kyste rempli de caillots sanguins. Poids, 1,650 grammes. Liquide sanglant. Guérison.

XXIV. — Mme T..., 32 ans (Dr Levillain). Début, deux ans. Une ponction, pratiquée en mars 1886, n'a donné issue qu'à quelques gouttes de liquide. Kyste complètement inclus dans le ligament large et impossible à enlever. Drainage vaginal. Durée, une heure. Guérison. Cette femme a encore une petite fistule insignifiante et qui diminue.

XXV. — Mme N..., 42 ans, 3 enfants (Dr Durand). Début de l'affection, huit mois. Accidents péritonéaux au mois de septembre. Une ponction, pratiquée au mois de janvier, donne 17 litres de liquide noirâtre, chocolat. A la suite, phlébite des deux jambes. Opération le 18 mai 1886. Adhérences intimes. L'ablation est reconnue impossible. On ouvre largement la cavité kystique. Lavage à l'eau bouillie. Drainage. Kyste à parois épaisses, modifiées. Liquide putrilagineux. Durée, une heure trois quarts. Guérison sans accident.

XXVI. — Mme H..., 30 ans (Dr Lorémy). Début, huit mois. Accidents péritonéaux antérieurs. Affaiblissement considérable. Une ponction, pratiquée cinq jours avant l'opération, donne 4 litres de liquide sirupeux, brunâtre. Opération le 27 mai 1886. Adhérences complètes à la paroi abdominale, à l'utérus, à la vessie, à l'intestin. Enlèvement du kyste par lambeaux. L'autre ovaire malade est enlevé. Nombreuses ligatures perdues au catgut. Lavage du péritoine. La tumeur était un kyste multiloculaire dont le poids total atteignait 45 livres. Durée, une heure et quart. Guérison. La malade quitte l'hôpital le 17 juin.

XXVII. — Mme H..., 42 ans. Début de l'affection, huit mois. Une ponction, pratiquée le 10 mai, donne 2 litres de liquide. Opération le

13 juin 1886. Adhérences épiploïques. Pédicule large, fragile, deux ligatures. Kyste multiloculaire contenant 4 litres de liquide. Durée, trois quarts d'heure. Guérison.

XXVIII. — Mme G..., 63 ans (Dr Hirne). Début de l'affection, deux ans environ. Il y a dix mois, pertes sanguines périodiques de deux ou trois jours, pendant quatre mois. La malade n'était plus réglée depuis onze ans. Opération le 26 juin 1886. Adhérences à la paroi abdominale, à l'épiploon. Pédicule court, formé aux dépens de la paroi utérine. Ablation de l'ovaire gauche, volumineux et kystique. Plusieurs ligatures au catgut sur l'épiploon. Lavage du péritoine. L'opération a duré une heure dix minutes. La tumeur est un kyste multiloculaire contenant 13 litres de liquide. Guérison.

XXIX. — Mme V..., 55 ans (Dr Laporte). Début, sept ans. Accidents péritonéaux. Affaiblissement et amaigrissement considérables. Opération le 1er juillet 1886. Adhérences à la paroi abdominale. Le kyste, complètement inclus dans le ligament large, est décortiqué avec les plus grandes difficultés. Hémorrhagie très abondante. Deux pédicules vasculaires. Kyste multiloculaire énorme. La malade, déjà très affaiblie avant l'opération, meurt d'épuisement à la fin du deuxième jour.

XXX. — Mme B..., 33 ans, 5 grossesses (Dr Audigé). Début probable, deux mois. Une ponction, pratiquée le 3 juillet, donne 960 grammes de liquide, ne contenant pas de paralbumine. Opération le 27 juillet 1886. Kyste complètement inclus dans le ligament large et adhérent à l'utérus. Drainage vaginal. L'opération a duré une heure. Guérison.

XXXI. — Mme P..., 59 ans (Dr Cambillard). Début, deux ans. Opération le 25 septembre 1886. Pas d'adhérences. Pédicule simple. L'opération dure douze minutes. La tumeur est un kyste multiloculaire contenant 6 litres de liquide. La poche pèse 380 grammes. Durée, douze minutes. Guérison.

XXXII. — Mme A..., 52 ans (Dr Vauthier). — Début, un an. Opération le 27 septembre 1886. Enclavement de la tumeur dans le petit bassin, repoussant l'utérus en avant, mais ne lui adhérant pas. Ablation de l'autre ovaire volumineux et kystique. Lavage du péritoine. L'opération a duré une heure. La guérison ne fut retardée que par quelques petits abcès de la paroi.

XXXIII. — Mme P..., 58 ans, 6 grossesses. Début de l'affection, un an. Opération le 9 octobre. Kyste rompu dans le péritoine. Pédicule court, épais. Triple ligature. Ligature supplémentaire au catgut. Lavage du péritoine. La tumeur est un kyste multiloculaire dont la partie solide pèse 300 grammes. L'opération a duré vingt-cinq minutes. Guérison.

XXXIV. — Mme L..., 36 ans (Dr Legendre). Début, deux ans. Opération

pratiquée le 16 octobre 1886. Tumeur volumineuse. Extraction difficile. Pédicule très large. Deux ligatures. L'autre ovaire, kystique et volumineux, est enlevé. Kyste multiloculaire. Poids, 1,150 grammes. Durée, soixante-cinq minutes. Guérison.

XXXV. — Mme A..., 37 ans (Dr Viard). Début de l'affection, deux ans. Trois ponctions. A la troisième, injection de chlorure de zinc. Péritonite consécutive. Opération le 28 octobre 1886. Adhérences totales à la paroi abdominale et aux parties voisines. Ligatures au catgut et emploi du fer rouge pour arrêter l'hémorrhagie en nappe. L'autre ovaire est sain. La tumeur est un kyste multiloculaire. Partie liquide, 10 litres; partie solide, 2,900 grammes. Durée, une heure trente-cinq minutes. Guérison.

Communication.

Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu; six blessures de l'intestin grêle; deux de la vessie; laparotomie huit heures après l'accident; mort[1].

Par le Dr Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine.

Un jeune homme de 15 ans reçoit, par accident, à trois heures et demie, le 11 décembre 1886, un coup de revolver calibre 7 millimètres 1/2, tiré à la distance de 2 mètres. Le coup pénètre un peu obliquement de haut en bas et de droite à gauche.

Immédiatement le blessé tombe, avec une sensation de douleur très vive de l'abdomen et *envie d'uriner*. Il faut noter qu'il n'avait pas uriné depuis fort longtemps : il avait aussi fort peu déjeuné et se trouvait presque à jeun depuis la veille. Il se relève aussitôt et fait quelques pas seulement dans la pièce où il se trouvait. On doit le porter chez lui.

Appelé à six heures du soir, je le trouve dans l'état suivant :

Il est en train de vomir des matières glaireuses et alimentaires ; il se plaint de ressentir des frissons et d'une douleur vive dans l'abdomen. Il n'a pas uriné depuis l'accident.

Plaie petite, noirâtre, à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque gauche. Le ventre est souple, mais douloureux à l'hypogastre.

Le cathétérisme retire environ 200 grammes d'urine sanglante ; un caillot est engagé dans l'œil de la sonde quand elle est enlevée.

Prescription.— Glace sur le ventre, petits morceaux de glace administrés à l'intérieur tous les quarts d'heure; immobilité.

[1] Cette observation a été rédigée d'après les notes de M. Adrien Pozzi, interne des hôpitaux.

L'existence certaine d'une plaie de la vessie et probable d'une plaie de l'intestin font décider immédiatement la laparotomie. M. le professeur Trélat, consulté, approuve cette décision et veut bien prêter sa précieuse assistance.

Elle est pratiquée avec son concours et celui du Dr Petit-Vendol à onze heures et demie, *huit heures* après l'accident. Incision au niveau de la ligne blanche remontant à l'ombilic.

Infiltration d'urine dans le tissu cellulaire prévésical.

On tombe immédiatement sur un corps étranger qui paraît être un fragment de graine (haricot, pistache ?). Il a été malheureusement perdu. Immédiatement au-dessous, large perforation de l'intestin grêle (jejunum), qui est, du reste, entièrement vide. Cette perforation a environ 4 centimètres dans le sens de la longueur et 2 dans celui de la largeur. Elle est formée de trois parties séparées par deux petits ponts de substance intestinale déchiquetée. Les bords en sont noirâtres et contus. Avivement aux ciseaux, qui enlèvent le petit lambeau médian. Suture de Lembert avec 11 points de soie de Czerny, fine. (Pour toutes ces manœuvres, l'intestin grêle a été sorti de l'abdomen et étalé sur des compresses formées de plusieurs doubles de soie phéniquée trempée dans l'eau bouillie chaude. On le maintient recouvert le plus possible, sauf au niveau du point où on opère.)

A quelques centimètres de cette perforation on trouve une ulcération d'un centimètre de longueur, légèrement grisâtre d'aspect ; on met en cet endroit trois points de suture.

On découvre bientôt une deuxième perforation arrondie, à pic, d'un centimètre et demi de diamètre environ ; on la ferme par quatre points de Lembert.

Plus loin, une plaie contuse assez superficielle de 15 millimètres de longueur est suturée par cinq points séparés.

On croyait en avoir fini avec les perforations intestinales, lorsque, en procédant à un dernier examen de récapitulation, on trouve près de la première perforation une autre perforation arrondie de 2 centimètres environ de diamètre, près de laquelle se trouvait une petite surface très superficiellement éraflée. On met en ce point six fils de soie. En cet endroit de l'intestin il y avait donc sur la majeure partie de sa circonférence un ligne de suture ; mais celle-ci ne l'entourait pas circulairement, mais légèrement en pas de vis. Pas traces de matières fécales dans l'abdomen.

L'examen de la vessie fut assez pénible ; on dut, pour procéder à la recherche de la ou des perforations qu'avaient affirmées l'hématurie, se servir de la lampe électrique d'Aubry. On arriva enfin à trouver sur la face postérieure une surface ulcérée qui fut prise au premier abord pour une simple plaie contuse, l'exploration directe d'avant en arrière ne permettant pas à la sonde de pénétrer ; mais l'on finit par arriver dans un trajet très oblique de droite à gauche, et juste dans la direction du trajet abdominal de la balle, comme on put le vérifier à l'aide d'une sonde en gomme. La perforation est fermée par quatre points de suture.

Toutes les recherches directes d'un second orifice vésical furent vaines ; mais persuadé qu'il devait y avoir un deuxième trou de sortie puisque l'exploration manuelle de la vessie n'avait point fait sentir de balle dans le réservoir urinaire et que l'exploration avec une sonde métallique n'avait faif rencontrer aucun corps étranger, M. Pozzi eut recours à des preuves indirectes. On fit une injection boriquée dans la vessie. — Tout d'abord rien ne vint, mais lorsque la tension vésicale commença à s'accentuer, on vit sourdre du liquide, presque sous le pubis. Il existait donc un pertuis en ce point ; mais vu la profondeur et étant donnée la vascularisation veineuse de la région, on renonça à la suture de ce trou situé probablement tout près du col vésical.

Cependant, pour empêcher l'infiltration d'urine dans le péritoine et pour bien isoler cette région extra-péritonéale, on suture soigneusement le cul-de-sac péritonéal de manière à former une sorte de toiture membraneuse au-dessus de la région vésicale ; le cul-de-sac fut du reste ultérieurement suturé exactement à la paroi abdominale. On a divisé ainsi en deux régions la plaie opératoire : l'une, la supérieure, péritonéale contenant des perforations suturées ; l'autre, inférieure, présentant une plaie pouvant peut-être laisser filtrer l'urine, et extra-péritonéale. A ces deux régions on appliquera un traitement différent ; la supérieure fut suturée comme dans l'ovariotomie avec des points d'argent profonds et superficiels, l'autre fut laissée ouverte et on y plaça un double tube en canon de fusil, entouré de gaze iodoformée. Pansement à l'iodoforme.

L'opération a duré deux heures un quart.

Une sonde à demeure est placée dans la vessie. Injection d'éther. On recommande d'être sévère.

La nuit est bonne, le malade dort peu, mais est tranquille ; la réaction s'est bien faite, le pouls est bon.

Diète absolue : un petit morceau de glace toutes les demi heures environ.

La sonde fonctionne bien : l'urine est plus teintée.

Le 12. — Température matinale 37° : le pouls est régulier, fort, à 90. Le malade se sent bien : la voix est claire ; il se plaint seulement de quelques douleurs dans la vessie et d'une douleur dans la cuisse dans la région du nerf obturateur ce qu'on attribue à la présence probable de la balle vers le trou sous-pubien.

On permet au malade de prendre tous les trois quarts d'heure deux cuillerées à café de thé au lait qu'il réclamait avec instance. Excellente journée : état général et local parfait. — Température vespérale 37°.

A 10 heures du soir, injection de 1 centigramme de morphine. Le malade s'endort.

A 3 heures il se réveille, se plaignant de douleurs en voulant uriner. La sonde fonctionnant mal est retirée, nettoyée, remise, et on injecte dans la vessie de l'eau boriquée à 4 0/0. Le reste de la nuit est bon.

Le 13, à 7 heures, le malade se réveille dispos, mais la voix est un peu moins forte, et la figure moins blême. Le malade n'ayant pas

été à la garde-robe, on lui administre un grand lavement avec 4 cuillerées de glycérine; le lavement est rendu sans résultat.

Température matinale 37°.

Vers 11 heures, le malade s'agite, se plaint, demande à boire et ses parents lui laissent prendre un verre à dessert d'eau froide. Vers midi, commencement des vomissements porracés qui ne cessent pas de l'après-midi. A dix heures du soir, nouveau lavement, qui donne évacuation à quelques matières fécales : lavage vésical, injection de un centigramme de morphine; le malade est très agité, les traits sont tirés, la température axillaire est de 36°.

Le malade s'endort, les vomissements cessent, mais le pouls est très petit, les extrémités sont froides; on entoure le malade de boules chaudes. A trois heures du matin, le malade se réveille extrêmement agité, en proie à un cauchemar affreux, se plaignant de ne pouvoir respirer et d'avoir un corps étranger dans la gorge. Bientôt il retombe épuisé, la respiration devient stertoreuse. Deux injections successives d'éther.

A 4 heures. — Mort, soixante heures après l'accident, cinquante heures après l'opération[1].

Discussion.

M. Berger. L'observation que vient de nous communiquer M. Pozzi est très intéressante; elle est aussi très encourageante, en ce sens qu'elle nous montre qu'on peut faire la suture dans les cas de perforation intestinale par arme à feu. Toutefois, dans les cas où cette suture a été tentée, presque toujours des orifices ont échappé aux recherches et n'ont pas été suturés. Je me souviens d'un cas où une perforation du rectum a été omise. Or, dans ces cas, un seul oubli rend l'opération inutile. Si, au contraire, toutes les perforations ont été suturées, on peut avoir bon espoir.

Il ne faut pas, cependant, oublier qu'il y a des cas de guérison spontanée à la suite des perforations de l'intestin par les projectiles.

Il y a un mois et demi, j'ai traité à l'hôpital Tenon un blessé qui avait reçu, quatre jours auparavant, un coup de revolver dans l'abdomen. Son état semblait presque désespéré ; il avait le facies abdominal, le ventre météorisé, l'extrémité du nez froide, de l'anxiété. Cependant le pouls était encore assez bon et la température n'était pas sensiblement abaissée. Au niveau de la fosse iliaque droite on voyait une petite eschare sèche, trace de l'orifice de la balle. Il y avait eu plusieurs garde-robes avec un peu de sang.

La question de la laparotomie se posait; mais, après en avoir

[1] Voir pour les résultats de l'autopsie la communication de M. Trélat, dans la séance du 29 décembre, page 958.

conféré avec M. Lucas-Championnière, je résolus de m'abstenir. Or, dès le lendemain, il y avait une amélioration, et, moins de quinze jours après, le blessé, qui était un rôdeur de barrières, put être réintégré au dépôt de la préfecture de police.

M. Trélat. Dans une leçon clinique, qui doit être incessamment publiée, j'ai développé, relativement à la conduite à tenir dans les cas de plaie abdominale par armes à feu, les propositions suivantes :

Quand on se trouve en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen par projectile de petit calibre, il faut :

1° Faire la *laparotomie immédiate* s'il existe des *signes évidents de perforation*, ou une *hémorrhagie abondante par la plaie;*

2° Quand il n'y a pas de phénomènes immédiats, il faut guetter avec la plus grande attention la marche des accidents et *pratiquer la laparotomie à la première apparition des signes de péritonite.*

Le fait de M. Berger ne peut guère peser dans la balance. Il y avait, en effet, quatre jours que la plaie existait lorsque les accidents se sont développés. Les blessés qui ont des chances de guérir spontanément sont ceux dont l'épiploon seul, ou le gros intestin, a été touché en dehors du péritoine. Ces cas mis à part, la perforation de l'intestin grêle équivaut à une condamnation à mort.

Dans le fait cité par M. Pozzi, bien qu'au premier moment il n'y eût pas de signes de lésions de l'intestin, nous avons constaté six perforations. Baudens a cité un fait analogue, et, parmi les observations plus récentes, j'en ai trouvé de publiées par Hamilton. Lorsqu'on intervient, il faut donc faire les recherches les plus minutieuses et nettoyer la cavité péritonéale avec le plus grand soin. Sur la totalité des observations que j'ai analysées, j'ai noté quatre succès. Il est à remarquer qu'aucun succès n'a été obtenu lorsque l'opération a été pratiquée plus de dix-sept heures après l'accident. Chez le malade que j'ai opéré, je n'ai pu intervenir que vingt-quatre heures après et il a succombé, non, il est vrai, à des accidents intestinaux, mais en raison de l'alcoolisme et de la dégénérescence cardiaque graisseuse dont il était atteint.

Pour avoir des chances de guérison, je pose en règle qu'il faut intervenir avant la quinzième heure, s'il y a des signes évidents de perforation de l'intestin grêle.

M. Le Dentu. Je donnerai, dans la prochaine séance, deux ou trois observations de faits analogues.

M. Verneuil. D'après ce que vient de nous dire M. Trélat, un individu ayant une perforation intestinale par arme à feu serait voué à une mort certaine. On ne peut nier cependant que, même dans ce

cas, il n'y ait des exemples de guérison. Les plaies produites par les balles de revolver de 7 millimètres constituent, pour moi, des plaies bénignes. Depuis longtemps je signale le fait dans mes cliniques et je n'ai jamais vu mourir aucun blessé, quelle que fût la région atteinte.

Il y a trois ans, j'ai été appelé, rue du Temple, auprès d'un cordonnier qui s'était tiré un coup de revolver dans l'oreille. La balle avait été sentie par le médecin traitant à une profondeur de 15 centimètres. Je conseillai, bien entendu, de s'abstenir de toute nouvelle exploration et de toute tentative d'extraction. Ce blessé a bien guéri.

J'ai vu un cas analogue, il y a trois mois, dans mon service de la Pitié.

Je ne blâme pas la conduite de M. Pozzi dans le cas qu'il vient de nous rapporter, mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer la gravité d'une opération qui dure plus de deux heures.

En résumé, je ne crois pas que toute perforation de l'intestin grêle soit nécessairement mortelle, et je crois que les plaies produites par les balles de 7 millimètres sont d'une bénignité extraordinaire, si l'on n'y touche pas.

M. Trélat. En nous citant des exemples de plaies du cerveau et d'autres régions, M. Verneuil vient de nous donner la clef de la dissidence qui nous sépare. Je suis de son avis lorsqu'il affirme que les plaies, par armes à feu, du cerveau, du poumon, du foie, peuvent guérir spontanément. Mais il n'en est pas de même pour les perforations de l'intestin grêle. Pour s'en rendre compte, il suffit d'avoir vu les plaies baveuses, frangées, déchiquetées, en corolle, qui marquent sur les anses d'intestin le trajet du projectile.

Et cependant, malgré ces désordres, dans les premiers moments, les symptômes peuvent n'avoir rien d'alarmant. Le malade que j'ai opéré est venu à pied à l'hôpital, à six heures du soir, et semblait peu atteint. Le lendemain matin son état était déjà grave, et lorsque je l'opérai à trois heures de l'après-midi, il avait de la péritonite.

Il y a pour l'intervention un moment qu'il faut savoir choisir.

M. Pozzi. Le revolver dont le projectile avait atteint le jeune garçon dont j'ai relaté l'observation était un revolver américain dont la balle avait un calibre intermédiaire entre 7 et 8 millimètres. La charge était formée d'une poudre comprimée qui permettait à la balle de traverser une planche à une distance de 40 mètres.

Nomination de commission.

M. le Président annonce à la Société qu'une commission de cinq membres titulaires doit être nommée pour examiner une demande déposée sur le bureau, tendant à la modification d'un article des statuts.

Nombre des votants............ 24
Majorité........................ 13

Au premier tour de scrutin ont obtenu:

MM. Tillaux........................ 16 voix
Kirmisson...................... 16 —
Terrier........................ 16 —

Au deuxième tour ont obtenu :

MM. Horteloup...................... 21 voix
Chauvel.......... .... 21 —

En conséquence, la commission est composée de MM. Tillaux, Kirmisson, Terrier, Horteloup et Chauvel.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

Séance du 22 décembre 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° La statistique médicale de la Cochinchine française de 1863 à 1870;

3° *Contribution anatomique et clinique à l'étude du glissement vertébral* (*spondylolisthésis*), par le Dr MEOLA (de Naples), traduction avec remarques personnelles par le Dr L. NEUGEBAUER fils (de Varsovie);

4° *Traité de l'art des accouchements*, par MM. TARNIER et BUDIN (t. II; Pathologie de la grossesse), offert par les auteurs;

5° M. le Dr ROUTIER demande à être inscrit sur la liste des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire;

6° *La febbre post-operativa*, Studio clinico sperimentale, par le professeur Andrea CECCHERELLI (de Parme);

7° *Note sur trois cas de polypes naso-pharyngiens*, etc., par le Dr JEANNEL (de Toulouse). M. Berger, rapporteur.

A propos du procès-verbal.

M. TERRILLON. Je désire faire connaître à la Société le résultat des inoculations pratiquées avec les grains riziformes extraits du kyste provenant du malade que j'ai présenté il y a un mois.

Les inoculations ont donné un résultat positif et conforme à celui que l'on obtient d'ordinaire dans ces cas. Un des lapins inoculé a été sacrifié il y a huit jours, et M. Martin a constaté une tuberculisation des poumons qui ne laisse pas de doutes. Et cependant, sur les nombreuses préparations examinées, le microscope n'avait pu faire rencontrer de bacilles dans les grains riziformes retirés du kyste. J'ajouterai que le malade est un homme vigoureux et sans antécédents héréditaires.

M. BOUILLY donne lecture de l'observation de grossesse extra-utérine pour laquelle il a pratiqué la laparotomie, ainsi qu'il l'avait annoncé dans la dernière séance.

Grossesse extra-utérine datant d'environ huit mois. — Laparotomie. Guérison, par M. BOUILLY.

Mme X.... âgée de 39 ans, entre le 29 juin 1886 à la Maternité, salle Levret, n° 9. C'est une femme maigre, sèche, de bonne constitution, n'ayant eu qu'un accouchement il y a douze ans, et ayant depuis cette époque des règles régulières, sans abondance. Elle se croit enceinte depuis la fin de novembre ou le commencement de décembre 1885; elle dit avoir vu ses dernières règles le 15 novembre. Mais en lui faisant préciser sa réponse, elle dit qu'elle a vu, depuis cette époque, un peu de sang tous les mois; elle assure d'une manière formelle qu'elle a senti remuer dans son ventre. Elle dit aussi que son abdomen était généralement développé, mais qu'il a surtout augmenté depuis le mois de janvier.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire dans le courant de juin, elle a cessé de sentir remuer, et trois jours après la cessation des mouvements, il s'est produit une montée de lait très manifeste. Les seins ont augmenté de volume au point que la malade, redoutant un abcès, alla demander conseil à un pharmacien. Le lait coula spontanément à l'extérieur pendant deux jours.

Au moment de l'entrée (4 juillet), le ventre est développé et surtout étalé dans la région ombilicale; il est peu développé à la région hypogastrique. On trouve une tumeur remontant jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic, régulière et résistante dans ses deux tiers supérieurs, ferme, dure et irrégulière à sa partie inférieure, surtout du côté droit, au-dessus de l'arcade crurale. On sent aussi des irrégularités à gauche et en bas.

Dans la partie supérieure régulière, on a la sensation la plus nette d'une fluctuation pouvant être sentie par les deux mains placées à une grande distance l'une de l'autre; la tumeur dépasse en effet largement la ligne médiane du côté droit et, à gauche, environ d'un travers de main. La palpation n'est pas douloureuse. A la partie inférieure, la fluctuation n'existe pas.

La percussion donne une sonorité très marquée dans le flanc gauche, moins nette dans le flanc droit; toute la tumeur est mate.

Cette tumeur est indolente; la malade a éprouvé des douleurs au commencement de son développement, vers le mois de janvier; elle a eu souvent des vomissements, surtout le matin, et une gêne de la miction qui n'existe plus maintenant.

Le toucher indique un vagin mou et œdémateux dans sa partie supérieure, un col ramolli, porté à droite, un peu entr'ouvert, remonté et écrasé derrière la symphyse pubienne.

Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une grosse masse, dure, ferme, irréductible, légèrement chagrinée à sa surface, sur laquelle la muqueuse vaginale glisse facilement.

Le cathétérisme utérin indique une longueur de 11 centimètres.

J'émets successivement l'hypothèse d'un kyste multiloculaire de l'ovaire avec une grande poche liquide située à la partie supérieure et des masses polykystiques occupant le petit bassin, ou d'un kyste de l'ovaire en coïncidence avec un fibrome de l'utérus, ou d'un gros myome kystique, ou enfin d'une grossesse extra-utérine.

2 *juillet*. Ponction dans la tumeur avec le trocart Potain n° 2, à droite de l'ombilic, en un point qui paraît manifestement fluctuant et rénitent. La canule pénètre facilement dans la tumeur et y paraît libre; cependant, l'aspiration ne fait pénétrer dans le tube aucune goutte de liquide, si ce n'est quelques gouttelettes de sang. Collodion iodoformé sur la piqûre; ouate; bandage de corps.

L'examen des seins fait ce jour les montre encore développés avec une aréole très foncée; la pression en fait sourdre une assez grande quantité de lait bien évident.

Ces divers signes, joints au résultat nul de la ponction et aux affirmations de la malade qui s'est toujours crue enceinte, me font pencher

de plus en plus vers l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine.

8 *juillet*. Aucun phénomène douloureux ni inflammatoire n'a suivi la ponction; mais depuis ce matin cinq heures, la malade se plaint de douleurs dans le ventre s'irradiant vers les reins. En outre, elle a été prise de vomissements, et à plusieurs reprises elle a rendu tout ce qu'elle a ingéré. La figure est tirée et a tendance à prendre l'expression péritonéale.

Le ventre est surtout douloureux à sa partie inférieure et à droite.

Il y a par la vulve un écoulement sanguinolent et glaireux comme au commencement de l'accouchement.

La palpation n'indique aucun changement dans le ventre; on y sent toujours une grosse tumeur pseudo-fluctuante avec les caractères et les limites que nous lui avons assignés.

Au toucher, le vagin est ramolli dans sa partie supérieure; le col est également mou, porté en haut, et son ouverture regarde vers le côté gauche. L'orifice entr'ouvert admet la pulpe de l'index; mais celui-ci ne peut être introduit au delà de l'orifice interne. La direction générale de l'utérus paraît oblique de haut en bas et de droite à gauche; du reste, on sent par la palpation, à droite de la ligne médiane, une tumeur difficile à délimiter, surajoutée à la tumeur principale et qui paraît être le corps de l'utérus.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent toujours, avec les mêmes caractères, une masse ferme assez résistante, un peu irrégulière au toucher, ne donnant pas l'idée d'une tête fœtale, mais faisant plutôt penser à un myome infiltré de liquide œdémateux.

9 *juillet*. La malade a eu pendant la journée d'hier des vomissements et des nausées presque continuels. Elle se plaint toujours beaucoup de son ventre et n'a pas dormi de la nuit. La figure est altérée, grippée. Le ventre est plus douloureux, non seulement à la partie inférieure, mais dans la région épigastrique où il y a un peu de ballonnement. Il n'est pas douteux qu'il y a un certain degré de péritonisme.

La température est normale à 37°,2; mais le pouls est petit et rapide à 128 ou 130 à la minute.

Depuis hier, il n'y a pas de modification du col; la vulve est le siège d'un écoulement glaireux et sanglant peu abondant.

Je ne doute pas un seul instant que nous sommes en présence d'un faux travail et de phénomènes de péritonite déterminés au début par la présence de la tumeur abdominale, que cette tumeur soit une grossesse extra-utérine ou un néoplasme quelconque. La marche rapide des accidents depuis trente-six heures, la crainte de voir la péritonite s'étendre et se généraliser me font décider une intervention immédiate pour l'après-midi.

Opération ce même jour, vendredi 9 juillet, à 4 heures et demie, avec l'assistance de Mme Henry, sage-femme en chef, de MM. Berthod et Roulland, internes du service. Précautions ordinaires contre le refroidissement et la sepsie.

Incision sur la ligne blanche depuis l'ombilic jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis, agrandie ensuite d'un coup de ciseaux de

3 centimètres au-dessus de l'ombilic. Le péritoine épaissi est incisé sur la sonde cannelée ; immédiatement au-dessous de lui, on trouve :

1° A la partie supérieure, l'épiploon classiquement enflammé, très épaissi, ayant environ 2 centimètres d'épaisseur ;

2° Des parties fœtales et en particulier le membre inférieur gauche d'un fœtus macéré. Les membres inférieurs sont attirés à l'extérieur, et je retire facilement un fœtus volumineux, très macéré, sans mauvaise odeur, pesant 1,726 grammes. Il n'y a presque pas de liquide autour du fœtus. Celui-ci est couché dans l'abdomen dans la position suivante : le dos regarde à gauche, le siège en avant et en haut; la tête est en arrière et en bas, la face regardant la symphyse sacro-iliaque gauche. La loge renfermant ce fœtus est constituée de la manière suivante : en avant, la paroi abdominale et l'épiploon épaissi ; en haut et en arrière, les anses intestinales agglutinées entre elles et recouvertes de fausses membranes ; à droite, le bord gauche de l'utérus ; à gauche et en bas, la paroi de la fosse iliaque gauche.

Une fois le fœtus extrait, le petit bassin est encore rempli par deux masses volumineuses qui sont difficiles à reconnaître : après avoir débarrassé ces parties de débris membraneux qui la recouvrent, on distingue, à droite, l'utérus refoulé vers le côté droit, gros environ comme un poing volumineux, recouvert de fausses membranes péritonéales infiltrées par places d'un liquide d'apparence colloïde; à gauche, une masse volumineuse, mollasse, adhérant aux parois de la fosse iliaque interne, se prolongeant dans l'excavation du petit bassin et faisant manifestement corps avec la masse que l'on sent par le toucher vaginal. Cette masse, d'apparence gris jaunâtre, n'est autre chose que le placenta adhérant à la fosse iliaque interne et plongeant dans l'excavation du petit bassin. Le cordon sectionné à environ 12 centimètres du fœtus peut être suivi jusqu'à un point qui représente son insertion à cette masse et qui est situé en arrière près de la ligne médiane. Le placenta paraît s'être développé à la face postérieure du ligament large gauche qu'il a refoulé en avant et qu'on ne peut reconnaître, et s'être développé dans le cul-de-sac latéral et postérieur du péritoine. Ce placenta volumineux paraît transformé : la pression du doigt le pénètre facilement et en fait sourdre en deux ou trois points une assez grande quantité d'un liquide brunâtre, d'apparence hématique. Il est probable qu'il s'est fait, à une époque plus ou moins éloignée, des hémorrhagies placentaires, et qu'il y a dans ce placenta de véritables kystes hématiques qui en augmentent le volume et que l'on crève avec le doigt. Ces déchirures donnent lieu aussi à un écoulement sanguin peu abondant.

Des tractions modérées exercées sur le cordon font voir que la masse placentaire est solidement adhérente aux parois du bassin ; le doigt introduit entre le placenta et la paroi, creuse sur le côté droit et en arrière, du côté du cordon, une petite cavité de laquelle le sang sort en assez grande abondance. Il est facile de se convaincre qu'on ne pourrait opérer la délivrance sans déchirer le placenta, déterminer une hémorrhagie abondante et difficile à réprimer, et laisser des fragments adhérents. Je n'hésite donc pas à laisser le placenta en place.

A plusieurs reprises, de l'eau phéniquée au 1/40e est irriguée largement dans toute la région opératoire. L'intestin, qui a tendance à faire hernie dans la partie supérieure de l'incision, est maintenu en place avec une éponge plate. Après les tentatives de décollement placentaire, autant pour arrêter le sang que pour débarrasser la région du sang et du liquide qui ont pu s'y accumuler, je fais tomber à flots de l'eau très chaude dans toute la cavité du petit bassin, jusqu'à ce que cette eau revienne très propre. Deux gros drains sont placés, l'un à droite, l'autre en arrière, dans les points où le placenta a été un peu décollé de la paroi ; ces drains et le cordon ombilical sont ramenés dans l'angle inférieur de la plaie.

La partie supérieure de celle-ci est fermée par quatre points de suture au fil d'argent fort.

La portion d'épiploon épaissie et enflammée est réséquée en partie après application de deux grosses ligatures à la soie phéniquée forte.

L'épiploon restant est suturé au péritoine pariétal à l'aide de trois points de suture au fil d'argent, de manière à fermer par en haut la cavité péritonéale.

De la gaze iodoformée, un sac de cellulose au sublimé, de l'ouate, sont appliqués sur l'incision, qui reste béante dans sa partie inférieure dans l'étendue environ de 6 centimètres. Cette ouverture est laissée béante pour la sortie ultérieure du placenta.

L'opération a duré environ une demi-heure ; elle n'a été troublée par aucun incident.

10 *juillet*. Matin : T. 37°,6 ; P. 120. État général bon. La malade se sent très soulagée et n'a plus aucune douleur dans le ventre.

Les jours suivants, il n'y a rien à relever ; la température est normale matin et soir ; il n'y a aucune douleur ni aucun retentissement péritonéal.

12 *juillet*. Le pansement est renouvelé ; il n'a aucune odeur. Le cordon est flétri, couleur feuille-morte ; ce que l'on voit du placenta apparaît comme une masse charnue, rosée.

A partir du 16 juillet, le pansement iodoformé est remplacé par un pansement humide composé de mousseline imbibée de sublimé en solution au 2/1000e ; des injections au même titre sont poussées dans les tubes.

La situation est parfaite. Il se produit un écoulement de sérosité sanguinolente venant du fond de la plaie et mouillant chaque jour le pansement.

Le 16, ablation des points de suture superficiels et d'un point profond.

19 *juillet*. Il y a une légère odeur de placenta décomposé et une élévation de la température depuis hier soir (39°). Des injections sont faites quatre fois par jour dans les tubes. L'écoulement est abondant ; le placenta tient toujours ; le cordon est complètement sphacélé et putréfié.

22 *juillet*. La fièvre est tombée, l'odeur a disparu ; l'état général est très bon.

31 *juillet*. Le placenta s'élimine lentement et par parcelles à peine

appréciables; cependant il est certain que sa masse diminue d'une façon très notable. Par le toucher vaginal, on ne sent plus la grosseur volumineuse qui occupait le cul-de-sac vaginal postérieur et gauche. L'état général est excellent; la malade mange et se remue comme si elle n'avait subi aucune opération. Du reste, pour elle tout a été considéré comme un simple accouchement.

10 *août*. La plaie ne mesure plus que 4 centimètres. La masse placentaire est très réduite de volume; l'élimination continue à se faire par une suppuration peu abondante et non septique. La malade est comme en pleine santé; depuis le 7 août, elle se lève chaque jour. Un des gros tubes est supprimé aujourd'hui (10 août).

30 *août*. La malade sort avec un trajet insignifiant de 1 centimètre environ de profondeur. On ne sent plus rien dans le cul-de-sac vaginal. La santé est parfaite.

La malade revient nous voir le 11 octobre; la cicatrisation est complète depuis longtemps. Il n'y a aucune tendance à l'éventration. Néanmoins je fais porter à cette femme une ceinture comme après l'ovariotomie.

Les règles ne sont pas encore revenues au mois d'octobre.

Cette observation, déjà longue, peut se passer de commentaires. J'y relèverai les points suivants, qui peuvent servir chacun d'en-tête à divers chapitres de la grossesse extra-utérine, à savoir : 1° les difficultés du diagnostic ; 2° la nécessité de trancher ces difficultés, le bistouri à la main, dès que menacent des phénomènes péritonéaux inquiétants ; 3° le siège de la grossesse, dans laquelle le produit semble s'être développé en plein au milieu des anses intestinales ; 4° la préférence indiscutable à accorder à la laparotomie en pareil cas ; 5° la nécessité d'abandonner à la nature l'élimination du placenta, dont le décollement immédiat peut donner lieu à des hémorrhagies difficiles à réprimer ; 6° la bénignité de toutes ces opérations pratiquées en temps opportun et avec les précautions voulues.

Sur la préparation des éponges pour les opérations intéressant la cavité abdominale (*ovariotomies, hystérotomies, etc.*), par M. Terrier.

Je n'aurais jamais pensé entretenir la Société de chirurgie d'un pareil sujet, si notre collègue M. Terrillon n'avait cru devoir le faire dans la dernière séance. Pour mon compte, je crois ces questions de technique mieux placées dans un mémoire que dans une communication scientifique ; toutefois, comme je me trouve en présence d'une injustice à réparer, je ne puis garder le silence ; vous m'excuserez donc si je vous fais perdre un peu de temps, j'espère être aussi court que possible.

Il ne me faut pas insister bien longtemps sur ce fait, que les éponges trouvées dans le commerce sont plus ou moins sales et, par conséquent, septiques; le chirurgien désireux de s'assurer l'asepsie de ses éponges devait donc chercher un mode de préparation tel que celles-ci fussent débarrassées de tous les produits étrangers possibles et de tous les germes et microbes qu'elles pourraient renfermer.

C'est cette question qui fut posée par moi en 1879 à mon excellent ami, alors mon interne en pharmacie à la Salpêtrière, M. Vercamer, et, à cette date, voici les préparations qu'il faisait subir aux éponges destinées aux opérations dites abdominales (laparotomies, ovariotomies, etc.).

Il faut :

1° Piler les éponges à l'aide d'un maillet de bois, pour les débarrasser du sable et briser les éléments calcaires qu'elles contiennent;

2° Les laver à grande eau, pour éliminer le sable et la plus grande partie des calcaires brisés par la préparation précédente;

3° Traiter par l'acide chlorhydrique dilué au 50e. Cet acide dissout le calcaire et ramollit les éponges trop dures;

4° Nouveau lavage à grande eau pour enlever l'acide chlorhydrique en excès;

5° Traiter par le permanganate de potasse. La solution doit être 5 pour 1,000, à la condition que les éponges n'y séjournent pas plus d'un quart d'heure. Chaque éponge sera traitée séparément;

6° Nouveau lavage à grande eau pour enlever le permanganate;

7° Traitement par l'acide sulfureux. Dans ce but, on fait une solution de sulfite ou de bisulfite de soude au 2/100e, on y plonge les éponges, en ayant soin de les bien imbiber, et on ajoute de l'acide chlorhydrique, qui donne lieu à un dégagement d'acide sulfureux et à la formation de chlorure de sodium.

Cette préparation rend les éponges parfaitement blanches, cette blancheur obtenue on retire les éponges de la solution;

8° Nouveau lavage à grande eau pour éliminer l'acide sulfureux en excès.

Les éponges ainsi préparées sont gardées et plongées ultérieurement dans la solution phéniquée forte pendant douze heures avant d'être utilisées pour les opérations.

Cette préparation des éponges, dont je n'ai fait qu'indiquer les principaux temps, est encore celle que suivent les successeurs de M. Vercamer, qui, tous, l'ont apprise directement soit de lui-même, soit par des intermédiaires. Toujours est-il, cette préparation est née à la Salpêtrière au moment où j'y installais le service d'ovariotomie.

Je tenais à cette constatation, parce que je fus un peu étonné d'entendre mon collègue M. Terrillon citer comme neuf le mode de préparation de son interne M. Dumouthiers, qui d'ailleurs vient de faire paraître une note à ce sujet dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* (n° 11, 25 novembre 1886, p. 689).

Dans cette note, M. Dumouthiers indique la manière de préparer les éponges aseptiques; or, les préparations successives sont :

1° Le battage avec un maillet en bois;

2° Lavage à l'eau tiède, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de *cailloux* (*sic*), c'est-à-dire de débris calcaires;

3° Traitement par le permanganate de potasse;

4° Nouveau lavage ;

5° Traitement par l'acide sulfureux obtenu par réaction de l'acide chlorhydrique sur le bisulfite.

6° Nouveau lavage.

En quoi le *modus faciendi* de M. Dumouthiers diffère-t-il de celui de M. Vercamer? Par l'absence de l'emploi de l'acide chlorhydrique pour dissoudre les matières calcaires.

M. Dumouthiers craint que cet acide ne détruise les éponges et ne les dissocie. C'est, je crois, une crainte exagérée, et les éponges préparées par le procédé de M. Vercamer sont parfaitement résistantes et même quelquefois un peu dures, ce qui tient au traitement par l'acide phénique.

Il est vrai que M. Dumouthiers assure la stérilisation de ses éponges en les plongeant dans une solution de liqueur de Van Swieten pendant douze heures. Ici, il ne s'agit plus de préparation d'éponges, mais d'une détermination du chirurgien qui préférera ou non l'usage du sublimé à celui des solutions phéniquées.

En fait, la préparation des éponges appartient à M. Vercamer, et si elle a subi quelques modifications ultimes, il n'en résulte pas qu'on doive passer sous silence le nom de celui qui l'a imaginée le premier et l'a libéralement enseignée à ses collègues internes en pharmacie.

Au reste, cette préparation des éponges, originaire de la Salpêtrière, a fait son tour d'Allemagne et elle nous est revenue il n'y a pas très longtemps comme née à Vienne et destinée à être utilisée par les chirurgiens français [1] qui, cependant, s'en servaient depuis cinq années. Voici en résumé ce que dit M. Doyen [2], auteur de l'article auquel je fais allusion :

« Il faut marteler les éponges sèches, avec un maillet en bois, pour

[1] Von Hacker, *Anleitung z. antisept. Wundbehandl. nach der am Prof. Billroth's Klinik gebraucht Methode.* Wien, 1883, p. 17.

[2] E. Doyen, Le traitement antiseptique des plaies chirurgicales, etc., dans les cliniques allemandes (*Revue de chirurgie*, 1884, p. 49).

les débarrasser de leur sable, — puis les laver à l'eau tiède. — On les blanchit (ce qui est une erreur) dans une solution de permanganate de potasse au millième. — On les lave, puis on les traite par l'hyposulfite de soude au 1/100e mêlé à de l'acide chlorhydrique à 8 0/0. — Dès qu'elles sont devenues blanches, on les lave à grande eau et on les conserve dans l'eau phéniquée à 5 0/0.

Ici, comme dans le mode de préparation postérieurement proposé par M. Dumouthiers, on a supprimé le traitement par l'acide chlorhydrique étendu pour débarrasser les éponges de leur élément calcaire, et, je crois, bien à tort : car le battage ne suffit pas pour obtenir ce résultat. La modification ne serait donc pas due à M. Dumouthiers, mais aux chirurgiens de Vienne.

Qui avait transporté de Paris à Vienne cette préparation, je n'ai pu le savoir au juste ; d'ailleurs, ce point a peu d'importance.

En terminant, Messieurs, je m'excuse encore d'avoir abordé ce point de technique dans une Société de chirurgiens, mais j'y ai été forcé pour rétablir les faits dans toute leur véracité.

Discussion.

M. Terrillon. En se reportant à ma communication de la dernière séance, il est facile de se convaincre que je n'ai pas donné comme neuf le mode de préparation des éponges dont j'ai parlé. J'ai dit que c'était celui qui avait été laissé à la Salpêtrière par M. Terrier. J'ignorais d'ailleurs d'où il provenait primitivement. J'ajoute qu'il y a dix ou douze ans, j'ai vu un mode de préparation analogue, usité en Angleterre dans plusieurs services, notamment dans celui de Bantock. M. Dumouthiers, mon interne, ayant apporté quelques modifications dans la préparation, m'a demandé la permission de publier un article sur ce sujet. Il ne prétend pas, d'ailleurs, avoir rien inventé, et, pour ma part, j'ai toujours cru qu'il s'agissait d'une pratique déjà ancienne.

M. Lucas-Championnière. Il y a un certain nombre d'années déjà, M. Weber, de Genève, a publié un article dans lequel il faisait connaître le mode de nettoyage des éponges employé à la Salpêtrière. C'est, évidemment, dans cet article que Billroth a puisé les éléments de sa propre pratique et ce mode de préparation nous est ensuite revenu après avoir fait le tour de l'Allemagne.

M. Terrier. J'ai tenu à faire connaître un fait indéniable : c'est que dans les opérations d'ovariotomie pratiquées par moi à la Salpêtrière, j'ai fait usage des éponges préparées par M. Vercamer qui, le premier, avait employé pour les nettoyer et les rendre aseptiques la série des préparations que je viens de rappeler.

Présentation de malade.

Suture du nerf médian. — Réunion.

M. Ch. Monod présente un malade opéré d'urgence dans son service à Ivry, un jour de garde, par son interne, M. Bouisson.

Ce malade a été déjà présenté par M. Bouisson à la Société de biologie (séance du 5 décembre 1886). M. Monod se contente d'attirer l'attention sur les points suivants :

Il s'agit d'un blessé amené à l'hôpital pour une plaie transversale siégeant au tiers inférieur de l'avant-bras gauche, un peu au-dessus du poignet, plaie ayant intéressé les tendons fléchisseurs et le nerf médian. Le nerf cubital, à nu dans la plaie, n'était pas coupé.

La suture du nerf médian et des tendons fléchisseurs fut faite immédiatement, une heure après la blessure.

Avant l'opération il y avait insensibilité absolue au niveau de la paume de la main et des doigts, mais cela aussi bien dans le territoire du cubital, qui était intact, que de celui du médian. Il ne s'agissait évidemment là que de la torpeur locale qui succède parfois à ce genre de traumatisme.

Le lendemain la sensibilité était normale dans toutes les parties innervées par le cubital. Il *semblait* en être de même dans celles qu'anime le médian. Mais, vérification faite, il fut reconnu qu'en réalité il y avait un certain degré d'anesthésie que l'on put mettre en évidence par l'exploration aux deux pointes.

Avec les deux pointes d'un compas, quel que fût l'écartement qu'on leur donnait, une sensation unique était perçue.

Ce point est important. Au dernier Congrès de chirurgie, M. Tripier a fait remarquer que ce caractère suffit à lui seul pour affirmer que la régénération du nerf fait défaut et que la sensibilité que l'on constate en pareil cas est due à des suppléances nerveuses.

Il est clair que si l'on s'en était tenu à un examen superficiel on aurait pu, chez notre malade, parler de réunion rapide du nerf.

Le 4 décembre, un mois après l'opération, ce caractère persiste en partie. La sensibilité aux deux pointes n'est revenue que sur l'éminence thénar, entre le pli de flexion du pouce et le pli d'opposition. Elle est encore abolie sur l'extrémité du pouce, sur l'index et le médius. Là où les deux pointes sont perçues, elles le sont quel que soit le degré de l'écartement.

L'exploration de la motilité prête à des remarques analogues.

Dès le 1er jour les mouvements du pouce étaient abolis. Mais

vers le 18e, ils parurent revenir. Le 22e jour il fut évident que le malade pouvait déplacer son pouce sur une notable étendue.

Il parvenait à le rapprocher de l'index, et à lui imprimer de légers mouvements de circumduction. On aurait pu croire par conséquent que les muscles animés par le médian avaient déjà récupéré leurs fonctions. Un examen plus exact montrait qu'il n'en était rien. Le mouvement d'opposition en effet était incomplet, le pouce arrivait jusqu'à l'index mais non jusqu'au petit doigt; il suffisait pour cela que le court adducteur, animé par le cubital, pût se contracter. Les mouvements de circumduction pouvaient de même s'expliquer par l'action du long fléchisseur suturé, des long et court extenseurs et du long abducteur.

Mieux au reste que cette analyse physiologique, l'exploration électrique, faite avec un soin minutieux par le Dr Vigouroux à la Salpêtrière, démontrait que les muscles de l'éminence thénar (l'adducteur excepté) demeuraient malades. Il fut établi, en effet, qu'ils présentaient la *réaction de dégénérescence*, marque certaine de la lésion des filets nerveux terminaux, lésion résultant elle-même de la section du nerf et de la non-régénération du bout périphérique.

L'atrophie de ces muscles ne tarda pas du reste à devenir évidente à l'œil.

Le retour de la motilité comme celui de la sensibilité n'était donc qu'apparent. Il n'y avait pas, comme on aurait pu le penser, de régénération précoce du nerf suturé.

On aurait cependant d'autant mieux pu croire à la réparation rapide du médian, que le malade présentait un signe qui a été récemment donné par M. Tillaux et par son élève M. Marcigney dans sa thèse [1], comme démontrant l'existence de la régénération nerveuse.

« Si en pressant sur le névrome cicatriciel, écrit M. Marcigney, on provoque des fourmillements dans les parties qui jusqu'ici étaient restées anesthésiées, on peut conclure au rétablissement de la continuité anatomique et physiologique du nerf. » Chez notre malade, au 22e jour de l'accident, on provoquait manifestement de la douleur, dans le territoire du médian, lorsque l'on pressait sur le pouce où la suture avait été faite.

Nous avons vu cependant qu'à cette date le nerf n'était pas régénéré. Nous sommes donc contraint de contester la valeur du signe indiqué par M. Marcigney.

En somme cette observation concorde avec les données classi-

[1] Marcigney, Étude sur la régénération des nerfs périphériques (*Thèse de Paris*, 1886).

ques, puisqu'elle établit que le bout périphérique du nerf coupé dégénère.

Elle mériterait à peine d'être rapportée, si, comme nous l'avons vu, l'examen du malade, fait d'une manière moins approfondie, n'avait pu conduire à une conclusion toute différente.

Il a fallu une recherche exacte de l'état de la sensibilité, faite à l'aide de l'expérience des deux pointes, dont M. Tripier a signalé l'importance, pour établir que les sensations perçues par le malade n'étaient point dues à une régénération précoce du nerf médian, mais seulement à une sensibilité d'emprunt.

L'existence de la réaction de la dégénérescence et plus tard l'atrophie évidente des muscles de l'éminence thénar montraient le bien fondé de cette manière de voir.

Il nous a paru qu'il était intéressant de mettre ce fait en relief à un moment où les observations récentes de M. Tillaux, qui sont en opposition avec les idées reçues, ont remis à l'étude la question du mode de régénération des nerfs.

Je tiens, en terminant, à rappeler que mon malade a été opéré par mon interne M. Bouisson, et fort bien étudié par lui, et que c'est en son nom aussi bien qu'au mien que je vous présente cette observation.

Rapport

Sur plusieurs observations de taille hypogastrique.

Rapport par M. Périer.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous rendre compte de plusieurs observations de taille hypogastrique présentées, l'une par M. le Dr Bois, chirurgien en chef à l'hospice d'Aurillac, la seconde par M. le Dr Pipet, de Besse, une troisième et une quatrième par M. le Dr Mouchet, de Sens.

M. Bois a pratiqué la taille hypogastrique, chez un homme de 26 ans, pour un simple calcul de la grosseur d'une noix et du poids de 16 grammes. M. Bois prévoit déjà l'objection qu'on ne pouvait manquer de lui faire, et justifie son mode d'intervention par ce fait qu'il est plus exercé à la taille hypogastrique, qui ne lui a donné que des succès, qu'à la lithotritie, dont il redoute davantage les dangers. Il lui a donc semblé qu'il exposait moins son malade en le taillant qu'en lui broyant sa pierre. Le malade a guéri, mais il a passé par des phases assez inquiétantes. Tout d'abord l'opération a offert des difficultés et même des dangers, mal-

gré la distension du rectum et de la vessie. Le cul-de-sac péritonéal descendait presque jusqu'au pubis, et ce n'est que grâce aux indications fournies par le bec de la sonde que l'opérateur a pu pénétrer dans la vessie sans ouvrir le péritoine. Il n'a été mis dans la plaie qu'un seul drain. Aussi toute l'urine s'est-elle écoulée dans le pansement, qui n'a consisté qu'en application de compresses trempées dans l'acide borique; et comme l'urine coulait quand même par la plaie, M. Bois a supprimé tout pansement. La nuit qui a suivi a été encore bonne, mais, à partir de ce jour, il est survenu des accidents fébriles, puis, après des phases diverses, de la suppuration de la plaie et de la diarrhée, qui ont mis les jours du malade en danger et ont retardé la guérison, qui n'a été complète qu'au mois de février pour une opération pratiquée le 24 octobre. Sans nul doute, tous ces accidents auraient été évités si notre confrère avait pris des précautions antiseptiques un peu plus sérieuses. Son drainage a été insuffisant et ne lui a pas permis les lavages fréquents de la vessie, puisque le tube a été définitivement enlevé dès le surlendemain de l'opération.

L'intérêt de cette observation est de nous montrer les dangers d'une antisepsie imparfaite, et à ce point de vue nous devons remercier l'auteur de nous l'avoir adressée.

M. le D[r] Pipet, de Besse, envoie l'observation d'un de ses malades, opéré de taille hypogastrique par M. Fleury, de Clermont-Ferrand, et auquel il a donné les soins consécutifs. Le malade, âge de 41 ans, avait des troubles urinaires depuis un certain temps, lorsqu'on reconnut l'existence d'un calcul. Comme la vessie était d'une irritabilité extrême et le méat urinaire fort étroit, on rejeta l'idée de la lithotritie; le D[r] Fleury fit la taille sus-pubienne par la méthode de Petersen. La vessie fut rendue facilement saillante au-dessus du pubis, elle fut incisée avec la plus grande facilité sans qu'il y eût besoin de s'occuper des vaisseaux sanguins. Le calcul, qui pesait environ 80 grammes, fut extrait avec l'indicateur introduit au-dessous en forme de crochet. Deux tubes furent placés dans la vessie et fixés aux lèvres de la plaie par deux fils d'argent; deux points de suture fermaient la partie supérieure de l'incision.

Les suites de l'opération furent assez simples; cependant les tubes ne fonctionnaient pas bien; M. Pipet leur substitua une sonde à demeure, qui amena une suppuration de l'urèthre, puis un tube fut replacé dans la plaie, et on lui substitua de nouveau la sonde. Il fallut lutter contre les incrustations phosphatiques qui se faisaient avec une extrême rapidité. Plusieurs fois, le doigt dut être introduit dans la vessie pour la débarrasser des graviers nouvellement formés. La plaie, fermée au bout d'un mois, se rouvrit ensuite pendant quelques jours; mais, après la cicatrisation définitive, le

malade eut des troubles de la miction pendant quelques mois encore.

Le premier malade du Dr Mouchet était un jeune soldat, de 21 ans, qui, depuis trois ans, éprouvait des difficultés d'uriner et avait, depuis trois mois, des douleurs intolérables. La sonde est arrêtée au niveau de la prostate par un calcul. Le toucher rectal fait reconnaître que la vessie est distendue par plusieurs calculs qui frottent les uns sur les autres.

M. Mouchet pratique la taille hypogastrique après avoir injecté 250 grammes d'eau boriquée dans la vessie, et 300 grammes d'eau dans le ballon rectal. Une première pierre est extraite avec de grandes difficultés; elle se brise d'abord en deux fragments, dont l'un était tellement adhérent qu'il a fallu vingt minutes pour le décoller des parois vésicales, et encore a-t-on dû le soulever au moyen d'un lithotriteur explorateur introduit par l'urèthre, ce qui n'a pu se faire sans un grand traumatisme.

L'extraction de ce premier calcul a été suivie de celle de six autres pierres. Je les présente toutes à la Société. La vessie fut bien lavée, drainée au moyen de deux siphons. Tout alla bien pendant trois jours, mais, au bout de ce temps, la plaie prit un mauvais aspect, donna une odeur de sphacèle; le malade fut pris de fièvre et de diarrhée. Il succomba le huitième jour, après avoir présenté, dit M. Mouchet, tous les signes de la résorption purulente.

A l'autopsie, on constata une suppuration diffuse périvésicale; la vessie était le siège d'une violente inflammation, avec deux larges ulcérations répondant aux points d'adhérence du calcul. Il y avait de la péritonite simple du petit bassin. Tous les organes étaient sains.

Le second malade était un homme de 62 ans, entré à l'hôpital de Sens pour une rétention d'urine, et qui, à l'âge de 11 ans, avait subi l'opération de la taille périnéale. Dès le premier examen, M. Mouchet reconnaît la présence de calculs dans une vessie enflammée, et avec une prostate très grosse.

Cinq jours après l'entrée du malade, opération de taille sus-pubienne par la méthode de Petersen, et extraction assez laborieuse d'un calcul adhérent. M. Mouchet a recours au drainage qu'a préconisé M. Demons (de Bordeaux), et qui comporte l'installation d'un tube ou d'une sonde à demeure dans le canal de l'urèthre. Les suites ont été des plus simples, soit au point de vue de l'écoulement des urines, soit au point de vue de la plaie vésicale ainsi que de l'état général. Le malade était guéri le vingtième jour.

Ces quatre observations de taille hypogastrique méritent d'arrêter notre attention sur certains points. D'abord, au point de vue

du manuel opératoire, nous voyons que M. Bois n'a pu réussir, chez son malade, à faire remonter le cul-de-sac vésical suffisamment haut pour ne pas être exposé à blesser le péritoine, s'il n'avait pas pris des dispositions particulières. Malheureusement M. Bois n'entre dans aucun détail. En dehors de l'opération proprement dite, son observation se borne à ces quelques mots : jeune homme de 26 ans, calcul vésical occasionnant des souffrances depuis de longues années et datant probablement de l'enfance ; amaigrissement prolongé. C'est l'amaigrissement qui, seul ici, peut expliquer ce défaut d'ascension du péritoine pendant la distension de la vessie. Dans les autres opérations, le ballonnement du rectum a produit son bon effet habituel.

Les suites de l'opération n'ont pas été les mêmes dans tous les cas. Chez deux opérés les choses se sont passées très simplement : chez l'un il y a eu des accidents fébriles et de la suppuration, mais nous avons vu que, dans ce cas, les précautions antiseptiques avaient été nulles ; enfin, l'un des malades a succombé. C'est celui qui avait les calculs multiples et volumineux. Ici le choix de la méthode n'était pas discutable. Il n'y avait à songer ni à la lithotritie, ni à la taille périnéale ; d'autre part, M. Mouchet semble avoir apporté tous ses soins à éviter les causes d'infection ; il semble que l'intensité du traumatisme doive être mise seule en cause. L'un des calculs n'a pu être extirpé qu'après vingt minutes d'efforts, tellement son adhérence à la vessie était intime.

Chez aucun des malades on n'a tenté la suture de la vessie, mais le drainage n'a pas été pratiqué de la même manière dans tous les cas. Chez un opéré, on n'a employé qu'un tube pendant deux jours ; chez un autre, exclusivement, deux tubes adossés sortant par la plaie abdominale.

Chez un, le drainage a été fait par l'urèthre et la plaie comme l'a préconisé M. Demons ; chez un autre, celui de M. Pipet, il y a eu emploi successif de deux tubes adossés, d'une sonde à demeure, d'un tube unique dans la plaie, et à nouveau d'une sonde à demeure. Les tubes adossés ne paraissent avoir bien fonctionné que chez l'un des malades de M. Mouchet ; pour son second malade il a drainé comme M. Demons et paraît s'en être mieux trouvé. Ce mode de drainage est en effet celui auquel on pense tout d'abord, et M. Després l'a déjà vanté ici même. La seule objection qu'on puisse lui adresser, c'est que l'urèthre n'est pas toujours tolérant pour les sondes à demeure, on peut alors voir survenir des accidents qui obligent à interrompre trop tôt son emploi, sinon il y a des suppurations interminables : comme dans les cas de M. Després et de M. Pipet. Il y aura toujours des cas où le drainage devra être fait complètement par la plaie abdominale. Si le drai-

nage par cette voie ne fonctionne pas bien, c'est qu'il a été mal appliqué.

Pour que les deux tubes adossés fonctionnent convenablement, il y a deux conditions fondamentales :

L'urine doit pouvoir s'engager facilement dans les tubes;

L'urine ne doit pouvoir s'écouler que par les tubes.

Pour que l'urine ne puisse s'écouler que par les tubes, il n'y a qu'à fermer suffisamment la plaie à leur pourtour; rien n'est plus simple; avec de bons crins de Florence en quantité suffisante, on obtiendra toujours ce résultat. Mais on comprend alors combien il est indispensable que l'urine puisse s'engager facilement dans les tubes. Pour cela, il faut naturellement que les tubes soient bien percés dans leur partie vésicale; mais il faut encore, et j'insiste sur ce point, qu'ils ne soient pas suturés à la peau.

Dans mes deux dernières tailles j'ai suturé les deux tubes à la peau; ils ont mal fonctionné. J'ai défait les points d'attache à la peau, les tubes ont fonctionné convenablement aussitôt après, et la différence a été considérable.

La chose s'explique facilement par les variations qu'éprouve dans sa position le bas-fond de la vessie, suivant que le rectum est ou non distendu par des matières ou des gaz. L'extrémité des tubes qui appuie sur le fond de la vessie subit des pressions; les trous se bouchent ou les tubes se replient, à moins que la peau au niveau de l'attache des tubes ne se soulève et se laisse entraîner. Si au contraire chaque tube est traversé par un fil dont les chefs sont collés à distance au moyen du collodion ; les tubes peuvent céder à la pression profonde et ressortir de un centimètre et plus sans inconvénient; on n'a qu'à passer au moyen d'une aiguille un nouveau fil à fleur de peau pour les maintenir dans leur nouvelle situation.

L'expérience a été si nette dans les deux circonstances dont je parle, que je n'ai aucun doute à ce sujet.

Les quatre observations dont je viens de vous rendre compte m'ont paru assez intéressantes pour que je vous prie d'adresser des remerciements à leurs auteurs et de les placer sur la liste des candidats à la place de membre correspondant, en faisant une mention spéciale pour le Dr Mouchet, de Sens, qui vous a déjà adressé de très intéressantes communications.

Les conclusions du rapport de M. Périer sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. le Dr Monnier lit une note sur un *appareil pour le redressement du pied bot équin acquis.* (M. Monod, rapporteur.)

Lecture.

M. Bédart lit une note sur un *procédé pour obtenir le contact prolongé des substances médicamenteuses sur la muqueuse du col utérin et du vagin.* (M. Th. Anger, rapporteur.)

Présentation de pièce.

M. Ch. Monod présente une pièce moulée représentant un cas curieux de *végétations du gland ayant perforé le prépuce* et simulant une ulcération chancreuse.

Discussion.

M. Humbert. Les faits de perforation du prépuce par les végétations développées au-dessous de lui ne sont pas absolument rares. Mais, en général, les végétations constituent alors de grosses masses, que l'on sent au-dessous du prépuce. Sur la pièce qui nous est présentée, il ne semble pas qu'il y ait de masses volumineuses. Il est probable qu'il s'était fait, alors, des adhérences entre le gland et le prépuce. Je demanderai à M. Monod s'il a pu faire sur son malade la circoncision par le procédé ordinaire.

M. Monod. J'ai fait une incision dorsale du prépuce. Les végétations ont été ensuite enlevées par le grattage et la guérison s'est faite en huit jours.

Présentation de malade.

M. Le Bec présente un malade auquel il a pratiqué, le 9 novembre dernier, la désarticulation de la hanche pour un *ostéo-sarcome du corps du fémur* qui avait atteint 70 centimètres de circonférence.

Il a employé le procédé en raquette de M. Verneuil, après avoir lié les vaisseaux.

Il a fait ensuite le grattage de la cavité articulaire et placé deux drains. Le pansement a été levé le douzième jour ; la réunion primitive a été obtenue.

Il ne s'est fait aucune élimination par les orifices des drains. (M. Verneuil, rapporteur.)

Présentation d'un malade.

M. Larger présente un petit garçon âgé de 2 ans, qui est porteur au niveau de la queue du sourcil gauche, d'une tumeur ayant toutes les apparences d'une tumeur dermoïde congénitale.

Or celle-ci est d'origine purement traumatique.

M. Larger se propose d'opérer l'enfant et de présenter à la Société le résultat de l'examen histologique de la tumeur.

Élections du bureau pour 1887.

Nomination du président.

Nombre de votants : 24. — Majorité : 13.

M. Lannelongue obtient	....	20	suffrages.
M. Polaillon —	....	2	—
M. Magitot —	....	1	—
Bulletins blancs —	....	1	—

M. Lannelongue est élu président pour l'année 1887.

Nomination du vice-président.

Nombre de votants : 25. — Majorité : 13.

M. Polaillon obtient	....	23	suffrages,
M. Magitot —	....	2	—

M. Polaillon est nommé vice-président pour l'année 1887.

Nomination du premier secrétaire.

Nombre de votants : 21. — Majorité : 11.

M. Terrillon obtient................ 18 suffrages.

M. Terrillon est élu premier secrétaire pour l'année 1887.

Nomination du deuxième secrétaire.

Nombre de votants : 25. — Majorité : 13.

M. Nepveu obtient.................. 23 suffrages.

M. Nepveu est élu deuxième secrétaire pour l'année 1887.
M. Schwartz est nommé trésorier.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 29 décembre 1886.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Note sur la réduction après arthrotomie et dégagement direct du ligament glénoïdien, d'une luxation du pouce en arrière ayant résisté à toutes les manœuvres de réduction*, par le Dr Richon, médecin principal de l'armée (M. Chauvel, rapporteur);

3° M. le Dr Prengrueber se porte candidat à la place de membre titulaire déclarée vacante.

A propos du procès-verbal.

Plaie du poignet. — Section du nerf médian. — Suture immédiate. — Insuccès immédiat, par Ed. Schwartz.

Comme la question du rétablissement de la sensibilité et des mouvements après section nerveuse doit être jugée avec le plus

grand nombre de faits possible, il nous a paru intéressant de rapporter le suivant :

Un jeune étudiant suédois, âgé de 25 ans, dans un but de suicide, se coupe avec un rasoir le poignet pour ouvrir l'artère radiale, le 3 septembre 1886. On l'apporte dans le service de l'hôpital de Beaujon que j'avais alors l'honneur de diriger. La tentative avait eu lieu à 3 heures du matin ; je le vis à 9 heures environ, soit six heures après.

Nous trouvons à la partie antérieure du poignet, immédiatement au-dessous de la paume de la main, une plaie intéressant toute la largeur du poignet, paraissant faite avec un instrument bien tranchant, ayant intéressé l'aponévrose superficielle, respecté tous les tendons des doigts qui s'étendaient et se fléchissaient bien, ainsi que les artères, mais coupé le nerf médian et le tendon du petit palmaire.

L'examen de la sensibilité nous montra en effet une anesthésie absolue des doigts suivants : pouce, index, moitié externe du médius, au niveau de leur face palmaire, ainsi que de la face dorsale de l'index et de la moitié dorsale du médius. A partir de l'articulation phalango-phalangienne, l'annulaire avait conservé toute sa sensibilité. Les mouvements d'opposition du pouce étaient intacts, ce qui semblait démontrer que la section avait eu lieu au-dessous du point d'émergence du rameau des muscles de l'éminence thénar.

Cela réduisit de beaucoup la gravité de l'accident.

Nous procédâmes immédiatement à la section nerveuse qui fut faite avec toutes les précautions antiseptiques ; les deux bouts du nerf furent facilement attirés vis-à-vis l'un de l'autre et maintenus par deux points au catgut fin ; nous fîmes la suture de la façon suivante : l'aiguille, très fine, était enfoncée à une certaine distance (3 à 4 millimètres de la surface de section), puis ressortait au niveau de la partie moyenne de la section du bout supérieur pour pénétrer ensuite dans la partie moyenne de la section du bout inférieur, et ressortir à quelque distance sur la face extérieure du nerf ; deux points de suture ainsi placés amenèrent face à face les deux surfaces transversalement sectionnées ; pendant tout ce temps la main avait été tenue fléchie à angle droit et les doigts enroulés dans la paume ; une attelle plâtrée les maintint dans cette situation ; un pansement antiseptique recouvrit le tout.

Tout se passa sans aucun accident ; la plaie se réunit par première intention, excepté au niveau de l'orifice d'un drain ; mais l'examen journalier nous démontra que la sensibilité ne revenait pas dans le territoire du nerf blessé.

Le blessé nous quitta complètement guéri dans les premiers jours d'octobre. Voici ce que nous constations à ce moment :

La sensibilité paraît être un peu revenue au niveau du pouce, près de la partie externe de sa face antérieure ; elle est nulle sur la face extérieure de l'index et sur la face antérieure du médius, excepté toutefois au niveau de son bord interne, où elle semble aussi avoir reparu en certains endroits.

Nous n'avons pas eu depuis l'occasion de revoir ce jeune homme qui ne s'exprimait que très mal soit en français, soit en allemand, et dont l'observation par elle-même a été assez difficile.

En somme, après une section du nerf médian au poignet, conservation des mouvements du pouce; mais insensibilité persistant presque en totalité cinq semaines après la suture nerveuse faite immédiatement et dans de bonnes conditions, ce qui ne préjuge rien sur son retour encore possible. Nous n'avons pu revoir le blessé depuis.

Rapport.

Deux observations de M. HOUZEL.

Rapport par M. PÉRIER.

J'ai l'honneur de vous rendre compte de deux observations que vous a adressées M. le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer).

I

La première de ces observations a pour titre :

Déchirure du col (à droite). — Opération d'Emmet. — Guérison.

Une femme de 28 ans, bien réglée depuis l'âge de 16 ans, a eu deux enfants en 1880 et 1881, et a fait une fausse couche en juillet 1884. Les deux accouchements avaient été laborieux, et, depuis le premier, cette femme n'a cessé de souffrir des reins et du bas-ventre, avec aggravation pendant les règles et leucorrhée abondante dans les intervalles. Pendant dix-huit mois, elle a été soumise aux traitements les plus rationnels, mais les douleurs reparaissaient dès que l'on cessait le traitement; bien plus, elles s'aggravaient à ce point que, depuis six mois, elle ne pouvait presque plus quitter le lit, lorsque M. Houzel l'examina.

Il trouve un utérus en légère latéro-flexion à droite, avec un col gros, largement ouvert, et fendu à droite jusqu'à l'insertion du vagin. Il forme un bourrelet épais à gauche, les lèvres du col sont épaisses, dures, ulcérées et enroulées en ectropion. En les rapprochant avec de fines érignes, on voit que la fente du col, à droite, est profonde de 3 centimètres.

Après avoir préparé la malade pendant plusieurs jours, M. Houzel l'opéra le 1er juillet 1885.

Le col fut avivé aux ciseaux, l'écoulement du sang fut modéré, et les surfaces avivées furent réunies par quatre points de suture en fil d'argent, après lavage antiseptique. L'extrémité des fils fut enveloppée dans du protective, la plaie saupoudrée d'iodoforme, et le vagin rempli

d'un tampon d'ouate iodoformée, qui fut changé chaque jour après une injection d'eau phéniquée.

Les fils furent retirés le onzième jour; la réunion était parfaite.

Le douzième jour, la malade se leva, sans ressentir de douleur.

Le dix-septième jour, les règles revinrent et durèrent quatre jours sans incident ni douleurs.

Depuis cette époque, la malade a repris ses occupations habituelles sans éprouver la moindre souffrance ni avoir de leucorrhée.

Le col a repris une forme normale.

Trois mois après, la guérison était absolument maintenue.

M. Houzel fait suivre son observation de considérations intéressantes sur l'opération d'Emmet, et s'en montre très partisan, se rangeant à l'avis du professeur Tarnier et de ses élèves qui la préconisent. Il émet, en outre, l'opinion que, chez sa malade, la latéro-version de l'utérus a été la cause de la déchirure du col pendant l'accouchement, et que cette déchirure a été cause à son tour de l'avortement qui a suivi les deux premières couches. Je ne suivrai pas l'auteur sur ce terrain; je me contenterai d'appeler l'attention de la Société sur la manière judicieuse et habile avec laquelle M. Houzel a traité sa malade.

II

Notre confrère nous a adressé une autre observation d'ordre différent, que vous avez renvoyée à une commission composée de MM. Championnière, Berger et Périer, rapporteur.

Elle a pour titre :

Hernie scrotale gauche étranglée. — Cure radicale. — Guérison.

Le malade, âgé de 26 ans, s'est toujours connu une hernie scrotale facile à réduire et à maintenir; il a toujours porté un bandage.

C'est dans la nuit, étant au lit, que sa hernie, sans cause connue, sortit et s'étrangla avec des phénomènes très aigus. Dès le matin, les vomissements étaient fécaloïdes.

La hernie avait le volume d'une tête d'adulte, le ventre était rétracté et comme vidé.

L'opération fut faite seize heures après le début des accidents et sans incident particulier. Une fois la réduction obtenue, M. Houzel disséqua le sac avec les doigts et la sonde cannelée, l'attira un peu au dehors et le lia en masse avec de la soie phéniquée, le coupa et laissa remonter le moignon du côté de l'abdomen. Il énucléa ensuite le sac tout entier; il le compare, pour le volume, à une vessie de porc; le poing fermé y manœuvrait à l'aise.

La plaie, longue de 6 centimètres, fut suturée au crin de Florence, drainée, iodoformée et recouverte d'un pansement de Lister.

L'opération a été faite le 20 août, le drain enlevé le 22, les sutures coupées le 24; la cicatrisation était complète le 27, le malade se levait le 28; mais le surlendemain il eut un peu de douleurs, et il se forma un petit abcès au niveau de l'ancien orifice du drain. Huit jours après, cet abcès, que le malade attribuait à son bandage, était guéri, et le malade pouvait reprendre son métier de boulanger.

A la fin d'octobre, c'est-à-dire deux mois après, la guérison s'était maintenue.

Il n'y a pas lieu de discuter ici la question de savoir si la cure radicale devait être tentée; il n'y a pas de doute; tout le monde est d'accord sur ce point. C'est le *modus faciendi* qui seul peut être mis en cause, et je viserai particulièrement deux points :

La manière de fermer le péritoine, puis l'énucléation du sac.

Sur le premier point, je ferai une objection à M. Houzel; il a lié le goulot du sac par un seul fil et en masse; il s'exposait à voir le fil glisser et la cavité péritonéale en libre communication avec le tissu cellulaire du canal inguinal. J'ai été témoin d'un fait de ce genre, et pourtant la ligature paraissait bien solide : l'anesthésie n'était pas complète, le malade fit un effort, le péritoine se dégagea de son lien et l'intestin fit irruption au dehors. Il fallut le réduire et fermer le sac de nouveau.

Ici la ligature en chaîne s'impose, et il y a tout avantage à multiplier les chaînons suivant les dimensions de l'orifice.

Sur le second point, la dissection du sac, je n'ai pas d'expérience comparative : car, dans les cures radicales d'emblée ou après étranglement que j'ai pratiquées jusqu'à ce jour, j'ai constamment énucléé le sac, sauf dans un cas exceptionnel; tantôt cette énucléation a été facile, tantôt elle a été laborieuse, et alors elle a été accompagnée presque chaque fois d'une infiltration sanguine du scrotum qui a notablement retardé la guérison, sans cependant avoir occasionné des accidents graves. Je serais donc disposé, à l'avenir, à conserver le sac, ou au moins les portions de sac dont l'énucléation exigerait de trop grands tiraillements et comme une sorte de dévidement des tissus si lâches que renferment les bourses. M. Houzel paraît avoir énucléé le sac avec facilité. Aussi la réunion s'est-elle faite rapidement, et le petit abcès survenu plus tard s'explique suffisamment par le fait que le malade s'est levé trop tôt et a appliqué un bandage sur des parties trop récemment cicatrisées.

Notre confrère de Boulogne nous a déjà adressé de nombreuses observations, toutes intéressantes. Celles dont je viens de vous rendre compte ne peuvent qu'augmenter les titres que M. Houzel peut avoir pour devenir notre correspondant, et je vous propose de

le maintenir sur la liste des candidats dans un rang des plus honorables.

M. Périer communique ensuite à la Société une note de M. le Dr Guerlain, de Boulogne-sur-Mer, relative à un malade atteint d'ostéo-périostite du tibia gauche avec abcès intra-osseux trépané, dont l'observation a été donnée à la Société de chirurgie en 1881. Ce malade peut aujourd'hui faire 10 à 12 kilomètres à pied, sans fatigue; il marche sans canne et fait journellement la pêche côtière dans un petit bateau. Il a conservé un petit trajet fistuleux à la partie supérieure du tibia, mais ne souffre plus.

Rapport.

Observation d'hystérectomie vaginale, par M. le Dr Rohmer, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Rapport par L.-G. Richelot.

Notre collègue de Nancy, M. le Dr Rohmer, nous a envoyé quatre observations intéressantes à l'appui de sa canditature au titre de membre correspondant.

Les trois premières ont trait à des ovariotomies habilement pratiquées et suivies de guérison; les tumeurs ovariques se présentaient dans des conditions de simplicité assez grande, et l'opérateur n'a pas eu à surmonter de grosses difficultés. Ces trois faits démontrent que M. Rohmer sait aborder avec succès les manœuvres toujours délicates de la chirurgie abdominale, mais ils ne sauraient prêter à de longues considérations, et je vous demande la permission de m'arrêter seulement sur le quatrième.

Il s'agit, dans ce dernier cas, d'une *hystérectomie vaginale* suivie de mort. Malgré l'insuccès final de sa première tentative, j'espère que notre collègue ne s'arrêtera pas dans cette voie, et que bientôt il y recueillera des succès analogues à ceux que lui a donnés l'ovariotomie.

La malade, âgée de 32 ans, paraissait avoir son épithélioma du col depuis le mois de décembre 1885, lorsqu'elle entra, en mai 1886, dans le service du professeur Heydenreich, suppléé par M. Rohmer. Elle était pâle et affaiblie par les pertes, mais peu souffrante. Un champignon épithélial bosselé, saignant, gros comme un œuf de poule, remplissait le vagin; les culs-de-sac étaient libres et l'utérus se laissait facilement abaisser. L'opération fut faite le 9 juin, avec l'assistance de MM. les professeurs Gross et Weiss. Le col étant

saisi, attiré près de la vulve, le chirurgien sépara méthodiquement l'utérus de la vessie et du rectum, et ouvrit les deux culs-de-sac du péritoine, après avoir fragmenté la tumeur qui obstruait le champ opératoire.

Avant d'aller plus loin, je veux attirer votre attention sur un détail dont personne ne parle, et qui cependant n'est pas à négliger : c'est le point précis où porte la première incision, autour du col. M. Rohmer l'a faite, sur la lèvre antérieure, à 1 1/2 ou 2 centimètres de sa pointe; c'est ainsi que la font tous les opérateurs, et, s'ils évitent de remonter plus haut, c'est dans la crainte de blesser la vessie. Or, s'il s'agit d'un cancer intra-cavitaire, ayant débuté dans le *canal cervical* et ne végétant pas à l'extérieur, l'incision est ainsi placée à bonne distance du néoplasme; et, cette forme intra-cavitaire, qui gagne rapidement en hauteur vers la muqueuse utérine, mais qui ne déborde pas l'orifice externe et n'atteint les annexes qu'après avoir infiltré peu à peu toute l'épaisseur de la paroi, me paraît plus fréquente qu'on ne le dit généralement, car j'en ai vu dans ces derniers temps d'assez nombreux exemples. Si, au contraire, le cancer a débuté par la *portion vaginale* du col et prend cette forme de chou-fleur exubérant qui chemine superficiellement vers les culs-de-sac du vagin et le tissu cellulaire qui les double, l'incision est proche du tissu morbide; et qui vous dit qu'elle ne laisse pas, dans la paroi vaginale, quelques traînées cellulaires qui seront le point de départ de la récidive?

Il ne faut pas se payer de mots. L'hystérectomie n'est une opération plus radicale que si elle est sûre de mieux enlever tous les tissus malades. A quoi bon extirper le fond de l'utérus avec son col, à quoi bon empiéter sur les ligaments larges, si vous laissez à l'entrée de la plaie les germes de la repullulation? Les détracteurs de l'hystérectomie s'appuient sur ce fait, qu'elle paraît suivie de récidive aussi souvent que l'amputation sus-vaginale. Or, au lieu de chercher tous les arguments qu'on peut faire valoir contre les chiffres, au lieu de rappeler qu'on a trop souvent réservé l'ablation totale pour des cancers déjà envahissants, je préfère avouer que nous avons fait jusqu'ici un certain nombre d'hystérectomies qui n'étaient radicales qu'en apparence, et n'avaient guère plus de chance de donner la vraie guérison qu'une opération parcimonieuse. Songez que la récidive — quelques-uns de mes collègues pourraient confirmer ce que j'avance — a pour siège ordinaire, non les annexes, mais la paroi vaginale au niveau de la cicatrice. En supprimant l'utérus et les vaisseaux lymphatiques rampant sur ses bords, on a poursuivi le mal en haut, à droite et à gauche, mais on l'a oublié aux abords mêmes du foyer opératoire. Comment faire? Impossible de porter l'incision plus haut, car on blesserait la vessie.

Mais, l'incision faite et l'utérus bien dégagé, ne peut-on reprendre la paroi vaginale avec précaution, l'isoler en prenant garde à l'uretère, et en réséquer une bande circulaire plus ou moins large? Cette pratique suffira peut-être à éloigner les chances de repullulation, et je n'hésite pas à la conseiller.

Continuons notre récit. M. Rohmer, dès qu'il eut ouvert le péritoine en avant, et sans même inciser le cul-de-sac postérieur du vagin, voulut faire basculer l'utérus et ne put y parvenir. C'est là une manœuvre dont nos confrères de Bordeaux se sont faits les champions; mais il faut tomber sur un utérus bien complaisant pour qu'elle ait chance de réussir. Quel avantage peut-on trouver à tirer sur le fond de l'organe quand son col est solidement attaché en arrière? J'aime beaucoup mieux la pratique de Schrœder, qui dégage le col entièrement, saisit dans une ligature la moitié inférieure de chaque ligament large, et coupe au ras l'insertion dans la même hauteur; les ligaments se trouvant réduits à leur moitié supérieure, la torsion et la bascule se font beaucoup mieux.

Mais, alors même que l'utérus est complètement libéré, la bascule est souvent impossible. Certains ligaments non relâchés ont trop de hauteur et trop peu d'étendue transversale pour se laisser tordre. Et la manœuvre n'est pas sans péril, car elle peut, si on y met quelque vigueur, amener une déchirure dans la région dangereuse, c'est-à-dire au niveau de l'utérine; il suffit d'avoir vu saigner cette artère une seule fois pour en être convaincu. Ai-je besoin de rappeler combien l'usage des pinces à demeure substituées aux ligatures simplifie les opérations dans lesquelles on ne peut renverser l'utérus?

M. Rohmer, ayant ouvert le cul-de-sac de Douglas et fait le renversement, saisit en masse le ligament large avec un fil de soie enduit de cire au sublimé, plaça un autre fil au ras de l'utérus et coupa entre les deux. Voilà qui suppose encore un ligament bien lâche et de bonne composition. Ce second fil serait bien difficile à placer dans beaucoup de cas; il est d'ailleurs inutile, car, au moment de la section, il ne vient jamais de sang par l'utérus; enfin, il peut être nuisible, car il tient de la place, oblige à couper tout près du premier fil et rend plus précaire la ligature en masse, déjà imprudente par elle-même.

Notre collègue termina l'opération au bout d'une heure, en laissant deux pinces à demeure sur des artères vaginales qu'il avait cherché à lier sans pouvoir y parvenir. Il ne ferma pas la plaie et mit des tampons d'iodoforme « après un lavage au sublimé ». J'aurais mieux aimé une toilette simple avec des éponges montées, pour ne pas laisser de caillots dans la plaie ou dans le cul-de-sac de Douglas; mais le sublimé projeté en abondance pouvait entrer

dans le péritoine, y séjourner, y causer une irritation dangereuse.

L'état de la malade, d'abord assez satisfaisant, s'aggrava peu à peu, et la mort eut lieu à la fin du cinquième jour. Voici la relation de l'autopsie : « En relevant avec précaution le paquet intestinal, on trouve que les anses d'intestin grêle plongeant dans le petit bassin sont agglutinées entre elles, d'une part, et, d'autre part, avec le rectum et la vessie; elles forment ainsi la paroi supérieure d'une cavité purulente dont la paroi inférieure est formée par l'adhérence des lèvres de la déchirure péritonéale au-dessus de la plaie du vagin. Cette cavité renferme environ 20 grammes de pus crémeux, jaunâtre, avec quelques caillots sanguins. Sur tout le reste de la surface péritonéale, on ne remarque pas la moindre trace d'inflammation; celle-ci est exclusivement limitée aux deux ou trois anses qui sont directement en rapport avec la cavité purulente. »

Pourquoi cette mauvaise terminaison, et pourquoi cette péritonite suppurée circonscrite ? Notre confrère me pardonnera « d'éplucher » son observation, non certes pour le trouver en défaut, mais pour nous instruire tous et nous éclairer davantage sur une question encore neuve.

Les pinces hémostatiques ont été enlevées le soir du troisième jour. S'il s'agissait de pinces laissées à demeure sur les ligaments larges, en plein péritoine, je n'hésiterais pas à dire qu'elles sont restées trop longtemps ; c'est inutile pour l'hémostase, dangereux pour la séreuse, et il y a tout avantage, quand l'oblitération des vaisseaux est assurée, — on peut adopter trente-six heures comme le meilleur terme, — à laisser la plaie péritonéale s'adosser promptement ; plus longtemps elle reste béante, plus il y a de chances pour que des liquides sécrétés dans le tissu cellulaire viennent l'irriter. On doit donc enlever les pinces de bonne heure, et renoncer à toute suture même partielle du vagin, qui pourrait empêcher l'issue des liquides à l'extérieur. Mais ici, M. Rohmer avait placé deux pinces sur de petits vaisseaux, loin du péritoine ; leur présence n'avait pas d'inconvénients, et je passe condamnation.

Je n'en dirai pas autant des tampons d'iodoforme enlevés le même jour, et d'une « large irrigation vaginale » qui fut pratiquée immédiatement. Je regrette qu'on ait encore changé le tampon le quatrième jour pour faire « un lavage abondant au sublimé, en allant avec la canule aussi loin que possible vers la plaie péritonéale ». La pratique que j'ai suivie jusqu'ici est tout autre : les pinces retirées, j'évite avec soin toute manœuvre qui pourrait violenter le péritoine, et je ne touche aux tampons profonds que le cinquième ou le sixième jour. Seul, le plus superficiel peut être

changé pendant les lavages qui sont faits discrètement à l'entrée du vagin. Le péritoine se ferme pendant les jours qui suivent l'ablation des pinces; puis, quand on a retiré les tampons, les irrigations vaginales se font encore avec beaucoup de douceur, et dans leur intervalle, un seul tampon est placé mollement à l'orifice pour maintenir le vagin aseptique. En somme, la plaie sous-péritonéale et le péritoine lui-même sont absolument respectés.

Pour résumer ce qui précède, je pense que, dans l'observation de M. Rohmer, les parties intéressées ont subi quelque violence à diverses reprises, et cela par le fait même du procédé choisi : pendant les premières tentatives de renversement, pendant la manœuvre pénible et prolongée de la double ligature en masse à droite et à gauche, pendant les essais de ligature des artérioles vaginales, enfin pendant les lavages et les pansements prématurés.

Un dernier point mérite d'être signalé : que veulent dire les « quelques caillots sanguins » trouvés à l'autopsie avec le pus crémeux, et « les débris de sang qui restent dans la plaie » et qu'entraîne le lavage du quatrième jour? S'ils datent de l'opération, c'est au moins la preuve que les irrigations n'ont pas servi à les entraîner. Mais n'est-ce pas plutôt un suintement secondaire par les ligaments larges incomplètement serrés? Je les connais, ces caillots qu'on trouve dans la cavité pelvienne au milieu d'une péritonite suppurée ; je les connais depuis ma première opérée ; ils m'ont dégoûté des ligatures et fait changer de manuel opératoire. Je ne puis, dans le cas de M. Rohmer, affirmer leur origine, mais je pense qu'ils ont dû contribuer pour leur part au développement de la péritonite.

Voilà bien des motifs, Messieurs, pour en venir à la conclusion que vous avez déjà devinée, à savoir, que l'usage des pinces à demeure, tel que je l'ai décrit, supprime, dans l'hystérectomie vaginale, beaucoup d'hésitations, de difficultés et de périls. J'ajoute que les soins post-opératoires, ablation des pinces, maniement des tampons et du sublimé, ont une grande importance et doivent être assujettis à des règles précises. Enfin, je vous rappelle le conseil que j'ai formulé plus haut : tailler hardiment dans la paroi vaginale pour éloigner les chances de repullulation.

C'est par une étude minutieuse de la technique opératoire, des pansements, des conditions de la récidive, que nous finirons par donner toute sa valeur à une opération déjà tenue en grande estime par plusieurs d'entre nous. En adressant nos remerciements à M. Rohmer pour son intéressante communication, nous l'encouragerons, je l'espère, à nous aider dans cette œuvre utile.

Discussion.

M. Pozzi. L'ablation de la partie supérieure du vagin dans les opérations d'hystérectomie n'est pas nouvelle, car elle est recommandée en Allemagne par Schrœder.

M. Bouilly. Lorsque la paroi vaginale est déjà envahie au moment de l'opération, on a beau enlever les parties atteintes, la récidive a lieu rapidement. Mais si, comme le conseille M. Richelot, on fait l'ablation préventive de la partie supérieure du vagin, lorsqu'elle paraît encore saine, on a des chances d'empêcher la récidive.

M. Richelot. Je n'ai pas dit que la résection de la partie supérieure du vagin fût une chose nouvelle. Cependant, il faut remarquer que Schrœder parle de cette résection dans les cas où les culs-de-sac vaginaux sont envahis, tandis que je propose l'ablation préventive d'une partie de cette paroi lorsqu'elle paraît saine. Je ne l'ai pas, du reste, pratiquée dans ces conditions et j'ignore si d'autres l'ont faite. Elle ne pourrait, d'ailleurs, être effectuée qu'après l'ablation de l'utérus, car au moment des premières incisions on se rapproche forcément des limites du néoplasme. C'est en dernier lieu que l'on devrait reprendre la paroi vaginale pour réséquer sa partie supérieure.

Les conclusions du rapport de M. Richelot sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

Trois cas d'occlusion intestinale, par M. Heydenreich.

Rapport par M. E. Kirmisson.

M. le Dr Heydenreich nous a lu un mémoire sur trois cas d'occlusion intestinale qui, soumis à l'observation de ce chirurgien, et traités par lui à l'aide de moyens différents, ont abouti tous les trois à la guérison. Au nom d'une commission composée de MM. Trélat, Tillaux et Kirmisson, rapporteur, je viens aujourd'hui vous rendre compte de ce travail.

La première observation a trait à une femme de 45 ans, qui, depuis vingt-deux jours, présentait des symptômes d'occlusion intestinale, suppression complète du passage des gaz et des matières par l'anus, vomissements, alimentaires d'abord, puis muqueux et bilieux; toutefois, pas de vomissements fécaloïdes. Le ventre

était très ballonné, uniformément distendu, mais la palpation révélai tdans le flanc et la fosse iliaque du côté droit une rénitence plus grande et une douleur à la pression. L'état général, très grave, commandait une intervention immédiate. M. Heydenreich se décida en faveur de l'entérotomie. L'obstacle au cours des matières siégait bien évidemment du côté droit; mais, craignant, nous dit-il, d'avoir quelque surprise opératoire en opérant de ce côté, il pratiqua l'entérotomie sur l'intestin grêle dans la fosse iliaque gauche. Je passe sur cette opération qui ne présente rien de particulier et dont les suites furent des plus bénignes. Une demi-heure après l'intervention, les matières commencèrent à s'écouler par la plaie; cet écoulement continua pendant les jours suivants; il avait lieu environ une heure et demie après l'ingestion des aliments. Le onzième jour, la malade commença à expulser par l'anus des matières fécales solides; à partir de ce moment, les selles devinrent régulières, et le 14 février, un mois après l'opération, l'anus artificiel s'était rétréci au point de ne plus laisser passer qu'un doigt. « La malade quitta l'hôpital le 7 mars, dans un état de santé parfait et ne conservant qu'une fistule très petite, qui laissait écouler à peine quelques gouttes de liquide dans les vingt-quatre heures, et qui ne tarda pas à se fermer. »

Dans le second fait de M. Heydenreich, il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, qui, depuis dix ans, portait une hernie inguinale droite, habituellement contenue par un bandage. Le 24 mai 1885, après un travail rude et l'ingestion d'eau froide, il lui avait semblé que quelque chose s'était dérangé du côté de sa hernie; mais il n'y avait rien vu d'anormal. Le même jour, une douleur dans le côté droit du ventre l'obligea à se mettre au lit; toutefois, ce fut le 31 mai seulement qu'il entra à l'hôpital, présentant les symptômes très nets de l'occlusion intestinale. Il fut placé dans un service de médecine où tous les moyens employés en pareil cas, y compris l'électricité, demeurèrent impuissants. Enfin, arrivé au onzième jour des accidents, les vomissements prirent le caractère fécaloïde. M. Heydenreich, appelé auprès du malade, constata le ballonnement du ventre; il ne put sentir aucune partie résistante, mais il lui fut facile de s'assurer que la douleur à la pression avait son maximum à droite de l'ombilic, dans une zone qui remontait un peu au-dessus du niveau de la région ombilicale et s'étendait surtout au-dessous de ce niveau. Le malade, d'ailleurs, indiquait spontanément cette région douloureuse. On ne notait rien d'anormal du côté des anneaux herniaires. M. Heydenreich jugea que les accidents étaient en rapport avec l'existence antérieure de la hernie, et, convaincu qu'il trouverait l'agent de l'étranglement dans la région voisine du canal inguinal droit, il pratiqua séance tenante la laparotomie. Il fit sur

la ligne médiane une incision de 14 centimètres, commençant inférieurement à un travers de doigt au-dessus du pubis et dépassant par en haut l'ombilic. Portant la main dans le flanc droit, il ne tarda pas à sentir une bride sous laquelle il passa le doigt. Il constata que cette bride partait du grand épiploon pour se diriger en bas et se fixer dans une sorte de cul-de-sac qui correspondait manifestement à l'orifice profond du canal inguinal. Cette bride fut sectionnée entre deux ligatures; puis on procéda à la suture de la paroi abdominale, qui présenta de sérieuses difficultés. L'épiploon, les anses intestinales enflammées et distendues, faisaient hernie à travers la plaie, et ne purent être repoussés dans l'abdomen qu'au prix de grands efforts. Le péritoine fut suturé isolément à l'aide d'une vingtaine de fils de catgut. Les lèvres de la plaie furent réunies par quinze fils d'argent placés profondément. Pansement à l'iodoforme. L'opération, par suite de la difficulté des sutures, avait duré deux heures.

Les suites ne laissèrent pas d'être longues, et la guérison fut entravée par plusieurs incidents. Les vomissements persistèrent jusqu'au 5 juin; cependant, ce même jour, dans la soirée, des gaz commencèrent à être expulsés par l'anus. Le 8, à la suite de l'administration d'huile de ricin, le malade eut deux garderobes. Mais bientôt la constipation reparut, et avec elle le ballonnement du ventre augmenta. M. Heydenreich explique avec raison la persistance des accidents par la paralysie de l'intestin, due elle-même à la péritonite dont les anses intestinales présentaient les lésions évidentes au moment de l'opération. Ce ballonnement considérable du ventre, joint à l'indocilité du malade qui, à plusieurs reprises, se leva, et qui, à chaque instant, défaisait son pansement, eut pour conséquence la désunion partielle des lèvres de la plaie. Néanmoins, en dépit de toutes ces complications, le malade guérit et put quitter l'hôpital le 9 juillet.

Dans la troisième observation, la guérison a eu lieu sans opération, à la suite de l'application de l'électricité, La malade, femme de 67 ans, présentait des symptômes d'occlusion intestinale ayant débuté brusquement six jours auparavant. Les purgatifs, le lavage de l'estomac, les douches rectales étaient demeurés sans résultat, et une intervention chirurgicale paraissait nécessaire. Ce qui faisait hésiter beaucoup M. Heydenreich, c'est que la malade présentait des déformations considérables du squelette consécutives à une ostéomalacie survenue vingt-cinq ans auparavant. L'abdomen était très déformé, la cyphose que présentait la malade la mettait dans l'impossibilité de se coucher sur le dos, et ne lui permettait que la position assise; aussi l'administration du chloroforme présentait-elle de grands dangers. Dans ces conditions, M. Heydenreich

demanda conseil à son collègue M. Gross qui l'engagea à recourir à l'électricité. Il employa le courant induit, un des pôles étant promené sur la paroi abdominale, tandis que l'autre était placé tour à tour dans l'anus et sur l'abdomen. La séance fut prolongée pendant dix minutes. Les vomissements cessèrent aussitôt, et, six heures après, survint une première garderobe, bientôt suivie de plusieurs autres. A partir de ce moment, le cours des matières se rétablit, et la guérison survint sans incident.

Tels sont les faits qui nous ont été communiqués par M. Heydenreich. Nous ne pouvons que le féliciter des heureux résultats qu'il a obtenus. Sa dernière observation montre une fois de plus la valeur de l'électrisation dans l'occlusion intestinale. Bien qu'elle ne soit pas exempte de dangers, on pourra toujours y recourir avant d'en venir à une intervention chirurgicale. Dans la seconde observation, tout concourait à faire admettre une relation entre les phénomènes d'étranglement et la hernie inguinale portée par la malade. Notre collègue a donc eu pleinement raison de recourir à la laparotomie qui lui a permis de reconnaître l'obstacle à la circulation des matières et d'en triompher. Reste le premier cas dans lequel M. Heydenreich pratiqua l'entérotomie; ici l'occlusion était survenue lentement; elle datait déjà de vingt-deux jours au moment où le chirurgien est intervenu; l'état général de la malade contre-indiquait une opération aussi sérieuse que la laparotomie; l'entérotomie de Nélaton fut pratiquée et suivie d'une prompte guérison. La seule objection que nous puissions faire à M. Heydenreich, c'est que, convaincu de l'existence d'un obstacle à droite, il a cru devoir opérer du côté gauche, dans la crainte, nous dit-il, de rencontrer à droite des difficultés imprévues. Nous pensons au contraire qu'il y a toujours avantage à se placer aussi près que possible de l'obstacle, afin de pouvoir l'apprécier et même en triompher, si la chose est possible. Un autre avantage eût été de pouvoir, suivant les circonstances, établir l'anus artificiel, soit sur l'intestin grêle, soit sur le gros intestin, ce qui est toujours pour le malade un cas favorable. Cette réserve faite, nous ne pouvons qu'approuver la conduite tenue par M. Heydenreich dans les deux cas où il a opéré. Ses observations nous prouvent une fois de plus que laparotomie et entérotomie ne sont pas deux opérations qui s'excluent l'une l'autre, mais qu'elles doivent au contraire rester toutes deux dans la pratique, et que, suivant l'emploi judicieux qui en sera fait par le chirurgien, toutes deux sont capables de fournir d'heureux résultats.

La question de l'occlusion intestinale a été si souvent déjà et tout dernièrement encore discutée devant vous, que je m'abstiens d'entrer dans de longs développements, et me borne aux réflexions précédentes.

Vous connaissez, Messieurs, M. Heydenreich, qui est actuellement professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, après avoir été comme interne notre collègue dans les hôpitaux de Paris. Vous appréciez tous son caractère et sa valeur scientifique; aussi viens-je vous proposer de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de notre Société, en renvoyant aux archives son travail dont j'ai donné, dans le cours du précédent rapport, une analyse suffisante.

Discussion.

M. Trélat. Les conclusions du rapport de M. Kirmisson me paraissent parfaitement fondées ; l'entérotomie et la laparotomie sont deux opérations qui ne s'excluent ni ne se remplacent ; elles s'appliquent à des cas différents. Dans une discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, il y a quelques années, j'étais moi-même arrivé à formuler cette conclusion pour le traitement de l'étranglement interne : essayer d'abord l'électrisation et, si celle-ci échoue, avoir recours à la laparotomie.

Rapport.

Hémorrhagie générale du corps vitré. — Ophthalmotomie. — Guérison. Observation par le Dr E. Rolland (de Mont-de-Marsan).

Rapport par M. Delens.

L'intéressante observation qui nous a été adressée par M. Rolland peut se résumer ainsi :

Le jeune S..., âgé de 12 ans, se présente le 9 juillet 1886. Cinq jours auparavant, il a reçu sur l'œil gauche une contusion résultant de la déflagration d'un pétard.

Sur la paupière inférieure gauche, et suivant une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans, au niveau du cul-de-sac inférieur de la conjonctive, existe une ecchymose de 3 centimètres de longueur sur 3 millimètres de largeur.

La paupière inférieure est le siège d'une légère infiltration œdémateuse. La conjonctive palpébrale est très rouge et il y a une injection périkératique, avec léger dépoli de la cornée. La chambre antérieure est le siège d'un caillot qui occupe sa partie inféro-interne. La pupille est complètement dilatée et ne réagit plus sous l'influence de la lumière. En arrière de l'iris, un vaste épanchement de sang masque les parties profondes de l'œil.

La pression exercée sur le globe oculaire est modérément douloureuse, mais *la perte de la vision est complète.*

Le diagnostic : *hémorrhagie traumatique dans le corps vitré* s'imposait et, en raison de l'impossibilité de faire pénétrer dans l'œil le moindre rayon lumineux, le Dr Rolland porta un pronostic très grave.

Pendant près de deux mois, le traitement employé n'amena aucun résultat. Ventouses à la tempe, révulsifs mercuriaux et courants continus, tout échoua. Le 25 août, l'épanchement sanguin était aussi considérable et le jeune garçon n'avait absolument aucune perception lumineuse.

C'est alors que M. le Dr Rolland, ayant eu connaissance des tentatives d'ophthalmotomie de M. Galezowski, pensa qu'il pourrait intervenir chirurgicalement dans ce cas si grave.

En conséquence, le 25 août, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, il attira l'œil fortement en dedans et en bas, à l'aide d'une pince fixée au bord externe de la cornée, et fit entre le muscle droit supérieur et le droit externe pénétrer dans la sclérotique, à 5 millimètres du cercle ciliaire, une sorte de sclérotome de 4 millimètres de largeur, creusé, sur son plat et de chaque côté, d'une rainure profonde.

Cet instrument avait été, dans un autre but, fabriqué pour l'auteur, il y a quelques années. Lorsqu'il eut pénétré d'un demi-centimètre environ dans le corps vitré, le Dr Rolland fit exécuter au manche un quart de rotation pour faire entre-bâiller la plaie, et il vit sourdre en avant et en arrière de la lame « beaucoup de liquide sanguinolent ».

Un pansement antiseptique fut appliqué, sans suture de la sclérotique.

Le lendemain, l'opéré put compter les doigts.

La réaction était modérée et il y avait peu de souffrances.

Le 29 août, tout symptôme inflammatoire ou douloureux avait disparu et le jeune S... pouvait lire très facilement à 20 centimètres les caractères n° 4 de l'échelle de Galezowski.

Le 10 septembre, il lisait les caractères n° 1 à 15 centimètres et ceux du n° 10, qui ont 2 centimètres, à 5 mètres. Le champ visuel était un peu rétréci en bas, mais il n'y avait pas de scotome.

Les milieux de l'œil sont redevenus complètement transparents et permettent de constater que la papille de l'œil gauche est, comparativement à celle de l'œil droit, très légèrement décolorée.

Trois mois plus tard, l'état de l'œil et de la vision était absolument le même.

Le succès de l'intervention chirurgicale, dans ce cas, est indéniable. Il est d'autant plus remarquable que, jusqu'à ces derniers temps, le traitement des hémorrhagies du corps vitré se réduisait à peu près à la simple expectation et que le pronostic était presque fatal lorsque l'épanchement était un peu abondant.

Désormais, les chirurgiens non seulement pourront, mais devront intervenir, car l'opération n'est pas difficile à exécuter et n'exige

pas d'instrumentation spéciale. A la rigueur, elle peut s'exécuter avec la pointe d'un bistouri ordinaire.

M. Galezowski, qui a récemment préconisé l'ophthalmotomie postérieure pour un certain nombre d'affections de l'œil, telles que le décollement de la rétine et les hémorrhagies du corps vitré, emploie un couteau de de Graefe et incise d'arrière en avant après avoir ponctionné les membranes de l'œil à 6 millimètres au delà du cercle ciliaire, entre le muscle droit supérieur et le droit externe.

Mais, jusqu'ici, il n'a pas eu, à notre connaissance, l'occasion d'appliquer son incision à l'épanchement *traumatique* de sang dans le corps vitré. Et, dans les huit ophthalmotomies qu'il a pratiquées pour des hémorrhagies diathésiques de ce milieu, il n'a vu la transparence se rétablir qu'au bout de trois mois environ.

Il y aurait donc une différence capitale entre les hémorrhagies pathologiques et les hémorrhagies traumatiques du corps vitré, puisque l'opéré de M. Rolland pouvait compter les doigts dès le lendemain de l'opération.

L'explication d'une amélioration aussi rapide ne peut se trouver, il me semble, que dans la détente de la pression intra-oculaire.

Aussi aurions-nous désiré que M. Rolland nous donnât quelques détails qui ne figurent pas dans son observation. Il n'a pas noté, en effet, si la tension du globe oculaire était très augmentée avant la ponction.

Il eût été utile, également, de voir spécifier plus complètement les caractères et la quantité du liquide évacué par la ponction et de savoir si l'écoulement s'est arrêté après que l'instrument a été retiré, ou s'il a continué sous le pansement pendant un certain temps.

Tous ces détails, minimes en apparence, ont, en réalité, leur importance, puisqu'il s'agit d'une opération encore nouvelle, mais destinée, ce me semble, à passer rapidement dans la pratique.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, je vous propose d'adresser nos remerciements à l'auteur et de déposer son intéressante observation dans nos archives. (Adopté.)

Communication.

M. Trélat. Depuis que M. Pozzi nous a communiqué l'observation de plaies de l'intestin et de la vessie pour laquelle il a pratiqué avec moi la laparotomie et la suture, j'ai pu avoir connaissance des résultats de l'autopsie du jeune garçon. L'autopsie médico-légale pratiquée par le Dr Descoust a montré que la mort

devait être attribuée à l'obstruction intestinale. Voici ce que m'écrit à ce sujet le Dr Descoust :

« Au moment de l'autopsie, la cavité abdominale ne renferme aucun liquide séreux ou purulent. Les anses intestinales ne sont le siège d'aucune lésion pouvant être attribuée à des accidents caractéristiques d'une péritonite. Les sutures intestinales sont parfaitement étanches et ne laissent passer aucune goutte d'eau pendant le lavage de l'intestin sous pression. Une des sutures avait déterminé un rétrécissement de l'intestin correspondant environ aux deux tiers de son calibre. Il n'existait pas d'autres perforations que celles qui avaient été suturées. »

Il résulte donc de l'autopsie plusieurs faits intéressants : l'absence de péritonite et l'efficacité des sutures sont bien établies. Il est démontré aussi qu'aucune des perforations ne nous avait échappé. Sous ces divers rapports, on peut dire que l'intervention chirurgicale a été heureuse.

Mais l'existence de plusieurs perforations à bords contus sur une région circonscrite de la convexité d'une des anses intestinales avait obligé M. Pozzi à réséquer une partie de la paroi, d'où un rétrécissement notable du calibre de l'intestin, évalué aux deux tiers. Le jeune opéré a eu, en effet, des vomissements porracés, non fécaloïdes, il est vrai, parce qu'il était à jeun; mais il a eu, en somme, des accidents d'obstruction intestinale.

Ce fait porte un grand, haut et puissant enseignement. Il nous montre qu'il eût fallu réséquer complètement la partie de l'anse intestinale qui portait ces lésions multiples, et suturer ensuite les deux bouts de l'intestin, au lieu de se contenter de faire une résection et une suture latérales.

M. Pozzi. D'après la rapidité des phénomènes morbides qui ont succédé à l'amélioration initiale, il n'est guère probable que notre opéré ait réellement succombé à cette obstruction incomplète qu'invoque M. Trélat. Pour moi, je pense qu'il a succombé à cette paralysie de l'intestin qui est bien connue des ovariotomistes. Ce jeune homme, en effet, sans avoir eu de phénomènes nets d'étranglement interne, me paraît avoir décliné rapidement, par suite de la résorption de matières toxiques, comme cela se voit dans la paralysie de l'intestin.

Le calibre de l'intestin rétréci des deux tiers laissait encore très facilement circuler les matières liquides et gazeuses. Je me refuse à voir là l'origine des accidents primitifs; peut-être, si le malade eût vécu, se serait-il produit des accidents tardifs.

M. Trélat. Il se peut que M. Pozzi ait raison d'invoquer la paralysie plutôt que l'obstruction intestinale. Ce que j'ai voulu démon-

trer, avant tout, c'est que, dans les cas analogues, il faudrait à l'avenir faire la résection de toute la circonférence de l'intestin et suturer ensuite.

M. Le Dentu. Tout récemment j'ai communiqué à la *Gazette médicale* plusieurs faits analogues à celui dont il vient d'être question et je ne veux pas les reproduire ici, me contentant de présenter quelques réflexions sur ce sujet.

M. Verneuil a parlé de la bénignité fréquente des plaies produites par les balles de 7 millimètres. J'admets parfaitement cette bénignité pour certaines régions telles que le cou, le thorax; mais pour l'abdomen, mon expérience me conduit à une conclusion inverse. J'ai vu deux malades, atteints de plaies par arme à feu avec lésion probable de l'intestin, mourir de péritonite en quelques jours, sans qu'il y ait eu d'intervention chirurgicale.

Dans deux autres cas où une balle avait traversé la cavité péritonéale sans léser l'intestin, j'ai vu également la mort survenir.

Le premier était celui d'un mobile de la Sarthe, que j'ai soigné à Blois en 1870. Une balle était entrée au niveau de l'ombilic et avait été se loger dans le sacrum. Il est mort de septicémie, par suite des conditions déplorables dans lesquelles nous nous trouvions.

L'autopsie a montré que l'intestin n'avait pas été intéressé.

Chez le second malade, observé par moi à l'hôpital Saint-Louis, la mort survint vers le cinquième jour et l'autopsie montra une plaie d'une artère épiploïque ayant déterminé une hémorrhagie grave. L'intestin était indemne.

Si ces faits n'étaient pas exceptionnels, ils contre-indiqueraient l'intervention chirurgicale.

La communication de M. Trélat est, au contraire, tout à fait favorable à cette intervention.

Mais ce qui reste difficile à préciser, ce sont les causes de la mort, lorsque cette intervention s'est effectuée dans des conditions en apparence favorables comme dans le cas suivant :

Un ouvrier avait, en travaillant à une machine à frapper, par suite d'un faux mouvement, reçu dans l'abdomen un éclat d'une rondelle de cuivre. Deux heures après l'accident, je pratiquai la laparotomie, et je trouvai que l'intestin était le siège d'une perforation, sans qu'il y eût épanchement de matières fécales dans la cavité péritonéale. La rondelle de cuivre avait pénétré dans la cavité de l'intestin. Après avoir fait des lavages antiseptiques, je pratiquai la suture de la perforation. Malgré toutes ces conditions en apparence favorables, le blessé succomba le soir même. A l'autopsie, on put constater qu'il n'y avait pas de péritonite, pas d'épanchement de matières fécales et que les sutures avaient bien tenu.

Malgré la difficulté d'expliquer les revers, malgré les déboires auxquels il faut s'attendre, je serais, cependant, disposé à intervenir en suivant les indications telles que les a posées M. Trélat.

M. M. Sée. J'ai vu en 1870, à Mouzon, près Sedan, un soldat qui avait eu l'abdomen traversé de part en part par une balle entrée au niveau du pubis et sortie par la partie postérieure. Ce soldat ne se croyait pas malade et nous ne pûmes l'empêcher de se lever au bout de peu de jours. Il perdait cependant son urine par l'orifice antérieur. Il est resté quelque temps dans l'ambulance, puis a été évacué et je ne sais ce qu'il est devenu.

Comité secret.

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Kirmisson sur la demande de modification des statuts de la Société.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

E. Delens.

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

D

E

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS.

A

B

C

D

F

G

H

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

V

W

Le Gérant : G. MASSON

Paris. — Soc. d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 49. 1. 87.